

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

MARIANA ANDREOTTI DIAS

ALTERNATIVIDADES NAS PRÁTICAS E CUIDADOS COM A SAÚDE  
HUMANA: CONCEPÇÕES E DIMENSÃO SOCIOESPACIAL DA  
“ESPIRITUALIDADE TERAPÊUTICA” NO AGLOMERADO URBANO DE  
CURITIBA/PR.

CURITIBA

2021

MARIANA ANDREOTTI DIAS

ALTERNATIVIDADES NAS PRÁTICAS E CUIDADOS COM A SAÚDE  
HUMANA: CONCEPÇÕES E DIMENSÃO SOCIOESPACIAL DA  
“ESPIRITUALIDADE TERAPÊUTICA” NO AGLOMERADO URBANO DE  
CURITIBA/PR.

Tese apresentada ao curso de Pós-Graduação  
em Geografia, Setor de Ciências da Terra,  
Universidade Federal do Paraná, como requisito  
parcial à obtenção do título de Doutora em  
Geografia.

Orientador: Francisco de Assis Mendonça.

CURITIBA

2021

Catálogo na Fonte: Sistema de Bibliotecas, UFPR  
Biblioteca de Ciência e Tecnologia

D541a Dias, Mariana Andreotti  
Alternatividades nas práticas e cuidados com a saúde humana [recurso eletrônico] : concepções e dimensão socioespacial da "espiritualidade terapêutica" no aglomerado urbano de Curitiba/PR / Mariana Andreotti Dias. – Curitiba, 2021.  
Tese - Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências da Terra, Programa de Pós-Graduação em Geografia, 2021.  
Orientador: Francisco de Assis Mendonça.  
1. Espiritualidade. 2. Política de Saúde. 3. Instituições e sociedades espíritas. I. Universidade Federal do Paraná. II. Mendonça, Francisco de Assis. III. Título.

CDD: 204

Bibliotecária: Vanusa Maciel CRB- 9/1928



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SETOR DE CIÊNCIAS DA TERRA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO GEOGRAFIA -  
40001016035P1

## TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em GEOGRAFIA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da tese de Doutorado de **MARIANA ANDREOTTI DIAS** intitulada: **ALTERNATIVIDADES NAS PRÁTICAS E CUIDADOS COM A SAÚDE HUMANA: CONCEPÇÕES E DIMENSÃO SOCIO-ESPACIAL DA ESPIRITUALIDADE TERAPÊUTICA NO AGLOMERADO METROPOLITANO DE CURITIBA/PR.**, sob orientação do Prof. Dr. FRANCISCO DE ASSIS MENDONÇA, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de doutor está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 21 de Junho de 2021.

Assinatura Eletrônica

05/07/2021 22:21:35.0

FRANCISCO DE ASSIS MENDONÇA  
Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

02/08/2021 17:04:24.0

RODRIGO FERREIRA TONIOL

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS)

Assinatura Eletrônica

08/07/2021 10:26:31.0

MARCOS ALBERTO TORRES

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

05/07/2021 12:13:12.0

NILSON CESAR FRAGA

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA)

Assinatura Eletrônica

26/07/2021 17:57:42.0

MARTHA PRISCILLA BEZERRA PEREIRA

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE)

Av. Cel. Francisco H dos Santos, 100 - Ed. João José Bigarella - 1º andar - sala 108 - CURITIBA - Paraná - Brasil

CEP 81531-980 - Tel: (41) 3361-3450 - E-mail: ufprposgeografia@gmail.com

Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015.

Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 99079

Para autenticar este documento/assinatura, acesse <https://www.prppg.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp> e insira o código 99079



## **DEDICATÓRIA**

Aos curandeiros e curandeiras do Brasil.

Aos médicos da medicina científica moderna: Milton José de Barros, Diogo Bugano, Aline Cristine Santos Cavalcante e Silva e Silvio Melo Torres.

Eternamente à Francisco Jablinski Castelhana.

## **AGRADECIMENTOS**

“Somos assim, sonhamos o voo, mas tememos as alturas. Para voar é preciso amar o vazio, porque o voo só acontece se houver o vazio. O vazio é espaço da liberdade, a ausência de certezas. Os seres humanos querem voar, mas temem o vazio. Não podem viver sem as certezas, por isso trocam o voo por gaiolas. As gaiolas são lugares onde as certezas moram. É um engano pensar que os homens seriam livres se pudessem, que eles não são livres porque um estranho os engaiolou e que se as portas das gaiolas estivessem abertas eles voariam. A verdade é o oposto: os seres humanos preferem as gaiolas ao voo. São eles mesmos que constroem as gaiolas onde passarão os restos de suas vidas” (ALVES, 2005).

Menciono tais percepções pois esta tese é muito mais que um trabalho científico, ela é um voo, que foi imaginado anos atrás, mesmo que eu não me desse conta que se materializaria como um documento científico. Fora pensada em um período nebuloso da minha vida, que se apresentou, pelas palavras dos médicos da medicina científica, como último e muito breve, “aproveite o máximo que puder”, disseram. Foi preciso gana (sair das minhas gaiolas) para a batalha que se apresentou e ainda apresenta, e uma busca incessante por teorias e recursos que invalidassem o diagnóstico irreversível e assim, me dessem mais tempo.

Nesse caminho encontrei a espiritualidade, que se apresentou como possibilidade e uma outra forma de ver a doença, os conflitos internos do meu ser e a morte do corpo físico, direção única para todos os seres humanos, mas pouco aceita. A dimensão da espiritualidade atinge o psicológico do ser humano, encorajando-o para as demandas, no meu caso, um aprisionamento, em hospitais, agulhas, internações, dores, aflições e, por que não, a proximidade da morte. Além da espiritualidade, tenho pessoas que tentaram por muitas vezes esconder suas dores para que eu não fraquejasse e, a maioria dessas o faziam sem ter a espiritualidade para se apoiar. Acredito que a dor desses seja maior do que a minha própria dor.

Por isso tudo, agradeço à minha família (Tania, Pedro, Carol, Fê, Ana, Ita, Pedraça, Cris e Marco), que, por vezes, esconde a dor e o sofrimento, o máximo que conseguem em meu apoio. Nunca negaram consolo e apoio, acatando e compreendendo meus desejos e agitações. Agradeço por me incentivarem, acreditarem e serem presença significativa na minha vida.

Ao meu melhor amigo, companheiro de vida e alicerce, Francisco Castelhana, ético, bondoso, Doutor em Geografia e muito mais.

Aos meus médicos Milton José de Barros e Silva, Diogo Bugano, Aline Cristine Santos Cavalcante e Silvio Melo Torres que me deram outras possibilidades e um precioso tempo de vida, me enxergando como ser humano

complexo e holístico. Ao Sistema Único de Saúde (SUS) que me possibilita tratamento e profissionais extremamente competentes. Vida longa ao SUS!!

Aos meus anjos Hilde, Arselino e Má Tatto, que ultrapassam seus limites e movem montanhas para o meu bem-estar.

Ao meu orientador e amigo, Francisco Mendonça, que me aceitou no meio do processo e oportunizou que o sonho de pesquisar a medicina tradicional acontecesse. Espero que saiba o quanto você me fez bem e o quanto sou grata pela sua amizade.

Por fim, agradeço à CAPES que financiou a pesquisa, ao Programa de Pós Graduação em Geografia e à Universidade Federal do Paraná, responsável por todo o meu ensino e aprendizagem ao longo dos últimos 11 anos.

Com a licença de Exú e Ogum!

## RESUMO

A histórica imposição do pensamento e poder colonial no território brasileiro reverbera processos e fenômenos formadores da sociedade. Atrrelados à modernidade tornam-se agentes de enfermidades humanas não apenas no corpo físico, mas em dimensões outras que rompem com o equilíbrio humano. A medicina capaz de operar sobre essas dimensões outras é tradicionalmente realizada pelos povos nativos do Brasil e, também, por outros que aqui chegaram com a colonização europeia, como os seguidores de Allan Kardec. Pelo contexto histórico e cultural, moldou-se, no contexto brasileiro, e em tantas outras nações subalternizadas pelo poder colonial, uma “espiritualidade terapêutica” de complexa definição espacial e legitimação institucional, mas de extraordinária riqueza cultural e cosmologias múltiplas. Praticada de forma popular/tradicional/alternativa, e em âmbito externo àquele da medicina científica moderna, os atores sociais das medicinas alternativas propiciam conforto, auxílio e significância para os sujeitos adoecidos. Dessa forma, um estudo de caso foi realizado para identificar, mapear e diagnosticar as terapêuticas “alternativas”, ao modelo biomédico, ofertadas nos centros espíritas no Aglomerado Urbano de Curitiba (AU-RMC/PR), região sul do Brasil. Busca-se compreender as razões pelas quais o espiritismo, de origem europeia-colonial, conseguiu se perpetuar no território brasileiro como doutrina eurocêntrica/colonial e, principalmente, oferta terapêutica. Em paralelo, as políticas de saúde para as Medicinas Tradicionais Complementares (MTC) são amplamente analisadas com vistas a compreender o contexto oficial das práticas terapêuticas e seus atores no Brasil e na OMS. A metodologia da pesquisa está pautada nos métodos de base lógica popperiana, hipotético-dedutivos e nos meios técnicos de investigação, com o uso de Foucault e suas análises (do discurso, do contexto e do conteúdo). Os instrumentos de pesquisa seguiram enunciações amparadas nos atores sociais espíritas, na observação participativa dos espaços da terapêutica, no mapeamento de elementos e variáveis socioespaciais (centros espíritas, clínicas espiritualistas, equipamentos de saúde, variáveis socioeconômicas do IBGE) e em referencial teórico sobre o tema do estudo (normativas e documentos oficiais, PICs, a Geografia da Saúde e o espiritismo). De posse dos produtos cartográficos, a análise contextual dos setores censitários evidencia lógicas espaciais e fenomenológicas contraditórias, seja em relação aos princípios doutrinários espíritas, e afetas ao modelo de sociedade operante, seja pelas marcas da modernidade, fragmentária e opressora de diversidade, e pelo pensamento colonial que, mesmo instaurado em território brasileiro há séculos, continua perpetuando a subalternização dos povos. Especificamente para os centros espíritas analisados *in loco* identificaram-se diferenças de perspectivas dentro do espiritismo kardecista algo que resulta em terapêuticas espíritas diversas à saúde. Como proposição intenta-se acerca de perspectivas mais holísticas e epistemologias descoloniais para a saúde e para a sociedade, de forma que o reconhecimento histórico-cultural permita uma autorreflexão aos indivíduos enfermos e da própria sociedade como um todo, direcionando-nos para a harmonia dos corpos, e para o pensar e agir solidário.

**Palavras-chave:** Espiritualidade Terapêutica. Políticas de Saúde. Centros Espíritas. Mapeamento da Espiritualidade Terapêutica. Aglomerado Urbano de Curitiba (AU-RMC).

## ABSTRACT

The historical imposition of colonial thought and power in Brazilian territory reverberates with processes and phenomena that form societies. Linked to modernity, they become agents of human diseases, not only through the physical body but also other dimensions that break with the human balance. Medicine capable of operating on these other dimensions is traditionally carried out by the native peoples of Brazil and, also, by others who arrived here with European colonization, such as the followers of Allan Kardec. Due to this historical and cultural context, a “therapeutic spirituality” of complex spatial definition and institutional legitimacy, but of extraordinary cultural richness with multiple cosmologies, is shaped in the Brazilian context, and in many other nations subordinated by colonial power. Practiced in a popular/traditional/alternative way, and outside that of modern scientific medicine, its social actors provide comfort, help and significance to sick subjects. Thus, a case study was carried out to identify, map and diagnose the therapies offered in spiritist centers in the Curitiba's Urban Core (AU-RMC/PR), southern Brazil. It seeks to understand the reasons why spiritism, of European-colonial origin, managed to perpetuate itself in the Brazilian territory as a Eurocentric/colonial doctrine and, mainly, therapeutic. In parallel, national and global health policies for Traditional and Complementary Medicine (T&CM) are widely analyzed in order to understand the official context of therapeutic practices and their actors. The research methodology is based on Popperian, hypothetical-deductive methods and technical means of investigation, using Foucault and his analysis (of discourse, context and content). The research instruments followed statements supported by the spiritist social actors, in the participatory observation of the therapeutic spaces, in the mapping of elements and socio-spatial variables (spirit centers, health equipment, socio-economic variables of IBGE), and a theoretical framework on the theme of study (regulations and official documents, PICs, Health Geography and Spiritism). With the possession of cartographic products, the analysis of the census sectors was carried out and, as a result, spatial and phenomenological logics contradicting the spiritist doctrinal principles, and affecting the operating society model, were evidenced; marks of modernity, fragmentary and oppressive of diversity, and colonial thought that even been established in Brazilian territory centuries ago, continues to subordinate peoples. Specifically for the spiritist centers, differences in perspectives were identified within Kardecist spiritism, resulting in different spiritist therapies to health. As a proposition, the research purposes concerning a more holistic perspective and decolonial epistemologies for health and society, so that the historical-cultural recognition allows self-reflection to the ill individuals, directing them towards the harmony of their bodies, and to think and act in solidarity.

**Keywords:** Therapeutic Spirituality. Health Policies. Spiritist Centers. Mapping of Therapeutic Spirituality. Curitiba's Urban Core.



## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – AU-RMC – LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA.....	11
FIGURA 2 - MÉTODO HIPOTÉTICO-DEDUTIVO ADAPTADO À PESQUISA.	16
FIGURA 3 - HIPÓTESES E CONSEQUÊNCIAS GERAIS DA TESE.....	17
FIGURA 4 – FLUXOGRAMA DE ESTUDO.....	18
FIGURA 5 – PERCURSO E CARACTERÍSTICAS DO MODELO BIOMÉDICO .....	37
FIGURA 6 – SÍNTESE DO PERCURSO DA ABORDAGEM GEOGRÁFICA PARA A SAÚDE.....	40
FIGURA 7 – GARRAFADAS E ERVAS MEDICINAIS EM MERCADOS/FEIRAS POPULARES DO BRASIL. ....	47
FIGURA 8 – PRODUÇÃO DE REMÉDIOS NATURAIS. ....	49
FIGURA 9 – A BÊNÇÃO DAS MÃOS E DA NATUREZA.....	50
FIGURA 10 – LIMPEZA ESPIRITUAL COM ERVAS E FUMAÇA.....	51
FIGURA 11 – OFERTA DE OFICINAIS E TERAPIAS ALTERNATIVAS/TRADICIONAIS.....	52
FIGURA 12 – OFERTA DE OFICINAIS E TERAPIAS ALTERNATIVAS/TRADICIONAIS.....	53
FIGURA 13 – OPORTUNIDADE DE COSMOVISÕES. ....	53
FIGURA 14 – ESPAÇOS DE HEGEMONIA DO TRADICIONAL E DO MODERNO, EXEMPLO REGIÃO DE ALTO PARAÍSO DE GOIÁS.....	57
FIGURA 15 – LIMPEZA DO CORPO COM ERVAS E FUMAÇAS NO CENTRO DA CIDADE DO MÉXICO (DF). ....	59
FIGURA 16 – TRAJETÓRIA QUE ESTABELECEU AS MTCS DENTRO DO SUS.....	81
FIGURA 17 – EXEMPLOS DE RETIROS NA AMÉRICA DO NORTE .....	101
FIGURA 18 – PERÍODOS NORTEADORES AO ESPIRITISMO .....	105
FIGURA 19 – OS CINCO CORPOS PRINCIPAIS DOS SERES HUMANOS	121
FIGURA 20 – PROCEDIMENTOS PARA A REALIZAÇÃO DOS PASSES ENERGÉTICOS .....	124
FIGURA 21 – RECEITUÁRIOS, MEDICAMENTOS HOMETOTERÁPICOS..	125
FIGURA 22 – AS CIRURGIAS ESPIRITUAIS NAS CASAS ESPÍRITAS DO BRASIL. ....	126

FIGURA 23 – AU-RMC - LOCALIZAÇÃO DOS CENTROS ESPÍRITAS (FEDERADOS E NÃO FEDERADOS).....	132
FIGURA 24 – AU-RMC - CONGLOMERADO ESPÍRITA TRADICIONAL NO CENTRO DE CURITIBA .....	133
FIGURA 25 – CENSO ESPÍRITA DA FEP .....	136
FIGURA 26 - AU-RMC – POPULAÇÃO TOTAL E CENTROS ESPÍRITAS... ..	139
FIGURA 27 – AU-RMC – POPULAÇÃO DE BRANCOS E PRETOS E CENTROS ESPÍRITAS.....	141
FIGURA 28 – AU-RMC – POPULAÇÃO DE PARDOS E CENTROS ESPÍRITAS. ....	143
FIGURA 29 – AU-RMC – POPULAÇÃO DE AMARELOS, INDÍGENAS E CENTROS ESPÍRITAS.....	144
FIGURA 30 - AU-RMC - ANALFABETISMO E CENTROS ESPÍRITAS.....	145
FIGURA 31 – AU-RMC - RENDA BAIXA E CENTROS ESPÍRITAS.....	145
FIGURA 32 - AU-RMC - CENTRALIDADE E APROPRIAÇÃO DO ESPAÇO GEOGRÁFICO PELOS CENTROS ESPÍRITAS.....	147
FIGURA 33 – AU-RMC - SERVIÇOS E EQUIPAMENTOS DE SAÚDE E A RELAÇÃO DA ESPIRITUALIDADE TERAPÊUTICA NOS CENTROS ESPÍRITAS.....	149
FIGURA 34 – A RELAÇÃO ESPACIAL DA ESPIRITUALIDADE TERAPÊUTICA COM A MEDICINA CIENTÍFICA .....	150
FIGURA 35 – LOCALIZAÇÃO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE ESTUDOS ESPÍRITAS - SBEE.....	154
FIGURA 36 - CONTEXTO SOCIOESPACIAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE ESTUDOS ESPÍRITAS .....	155
FIGURA 37 –SALAS DE TERAPIAS E TRATAMENTOS DA SBEE .....	157
FIGURA 38 – QUADRO SÍNTESE DISCURSO DO REPRESENTANTE DA SBEE .....	158
FIGURA 39 - LOCALIZAÇÃO DO CENTRO ESPÍRITA ILDEFONSO CORREIA .....	159
FIGURA 40 – CONTEXTO SOCIOESPACIAL DO CENTRO ESPÍRITA ILDEFONSO CORREIA .....	160
FIGURA 41 - CENSO ESPÍRITA CEIC 2019 .....	162
FIGURA 42 - INDICAÇÃO DE LEITURAS EDIFICANTES.....	164

FIGURA 43 - BIBLIOTECA (ADULTO E INFANTIL), LIVRARIA E LANÇAMENTO LIVRO. ....	166
FIGURA 44 - QUADRO SÍNTESE DO DISCURSO DO REPRESENTANTE DA CEIC .....	167
FIGURA 45 - CONCEPÇÕES E ESPIRITISMOS NO BRASIL .....	174

## **LISTA DE QUADROS**

QUADRO 1 - CATEGORIAS E TERAPÊUTICAS DA MEDICINA (ALTERNATIVA/MTC/MT) MAIS UTILIZADAS NO MUNDO. ...	66
QUADRO 2 - DOCUMENTOS REGULATÓRIOS PARA A MTC (OMS) .....	71
QUADRO 3 – REGULAÇÃO PARA FITOTERÁPICOS (WHO).....	74
QUADRO 4 - PROJETOS PARA A MTC NO CONTINENTE AFRICANO .....	76
QUADRO 5 - MEDICINAS ALTERNATIVAS E POPULARES EM PAÍSES DA ÁFRICA.....	77
QUADRO 6 - QUADRO SÍNTESE PARA OS RESULTADOS E ANÁLISES..	153

## **LISTA DE TABELAS**

TABELA 1 – ARQUIVOS E FONTES PRIMÁRIAS .....	20
TABELA 2 - ARQUIVOS E FONTES CARTOGRÁFICAS SECUNDÁRIAS .....	20
TABELA 3 - TRABALHOS PUBLICADOS NOS EVENTOS DE GEOGRAFIA DA SAÚDE (2011, 2013, 2015, 2017, 2019).....	41
TABELA 4 – CENÁRIO DA OFERTA DE PICS NO BRASIL (2018 E 2019)....	83
TABELA 5 - PORCENTAGEM DE OFERTA DE PICS NOS ESTADOS BRASILEIROS E DF (2019).....	83
TABELA 6 – DIVERSIDADE DE PESQUISAS E ÁREAS DO CONHECIMENTO À MEDICINA ALTERNATIVA.....	86
TABELA 7 – PANORAMA DAS PRODUÇÕES CIENTÍFICAS PARA MEDICINA ALTERNATIVA.....	87
TABELA 8 – ADEPTOS DO ESPIRITISMO NO BRASIL E GRAU DE ESCOLARIDADE .....	119
TABELA 9 – ORIENTAÇÕES E ATIVIDADES ESPÍRITAS REALIZADAS PELOS CENTROS ESPÍRITAS. ....	123
TABELA 10 – QUANTIDADE E TIPOS DE OFERTAS EM 12 CENTROS ESPÍRITAS DE CURITIBA.....	137

TABELA 11 - QUANTIDADE E TIPOS DE OFERTAS EM 5 CENTROS ESPÍRITAS DA RMC. ....	137
TABELA 12 – POPULAÇÃO TOTAL DO AU-RMC/SETORES COM CEs POR COR. ....	140
TABELA 13 - DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES SOBRE A TERAPÊUTICA ESPÍRITA.....	156
TABELA 14 – RESPOSTAS PARA ANÁLISE DO DISCURSO - SBEE .....	157
TABELA 15 - CEIC DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES SOBRE A TERAPÊUTICA ESPÍRITA.....	161
TABELA 16 - RESPOSTAS PARA ANÁLISE DO DISCURSO - CEIC.....	166
TABELA 17 - OBJETIVOS E PERSPECTIVAS.....	168

## LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

AFRO - Oficina Regional da OMS para África

AIDS - *Acquired Immunodeficiency Syndrome*

AU-RMC - Aglomerado Urbano da Região Metropolitana de Curitiba

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial

CASF - Centro de Apoio à Saúde da Família

CE - Centro Espírita

CEs - Centros Espíritas

CEIC - Centro Espírita Ildefonso Correia

CFN - Conselho Federativo Nacional

CNPICS - Conselho Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.

COMEC - Coordenação da Região Metropolitana de Curitiba

DATASUS - Infraestrutura Nacional de Dados Abertos Sistema Único de Saúde

EUA - Estados Unidos da América

FEB - Federação Espírita Brasileira

FEP - Federação Espírita do Paraná

HIV - *Human Immunodeficiency Virus*

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPARDES - Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social

IPPUC - Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba



MT - Medicina Tradicional

MT/MCA - Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa

MTC - Medicina Tradicional Complementar

MTN - Medicina Natural e Tradicional

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NIEO - Nova Ordem Econômica Internacional

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONG - Organização Não Governamental

PICS - Práticas Integrativas e Complementares

PNPIC - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

PNPMF - Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos

PNS - Pesquisa Nacional de Saúde

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

RMC - Região Metropolitana de Curitiba

SBEE - Sociedade Brasileira de Estudos Espíritos

SCNES - Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde

SAI - Sistema de Informação Ambulatorial

SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM

SIH - Sistema de Informação Hospitalar

SISAB - Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica

SUS - Sistema Único de Saúde

T&CM - *Traditional and Complementary Medicine*

TKDL - Sistema Defensivo e Estratégico Antiapropriação

TM - *Traditional Medicine*

UBS - Unidade Básica de Saúde

UGI - União Geográfica Internacional

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

WHO - *World Health Organization*

ZINATHA - Associação Nacional de Curandeiros Tradicionais do Zimbábue

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	4
CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO .....	10
ESTRUTURA DA TESE .....	12
1. METODOLOGIA, MÉTODOS E TÉCNICAS DA PESQUISA.....	14
1.1 Os métodos para investigar e interpretar: o hipotético-dedutivo de Karl Popper .....	15
1.2 Os métodos para investigar e interpretar: Método histórico de Michel Foucault.....	17
1.3 Dados e bases cartográficas.....	20
2. TRADIÇÃO E MODERNIDADE NAS PRÁTICAS E CUIDADOS EM SAÚDE HUMANA: PROPOSIÇÕES PARA O PLURALISMO EPISTEMOLÓGICO DAS MEDICINAS TRADICIONAIS, POPULARES E ALTERNATIVAS .....	22
2.1 A tradição popular nos cuidados à saúde humana: a aculturação e hibridismo pós-colonial .....	22
2.2 O Centro-Moderno-Visível e a Periferia-Tradição-Invisível: as perspectivas da Geografia e da saúde alternativa como luzes para o invisível .....	36
2.3 As Franjas do Epistemicídio: entre Medicinas Tradicionais e Modernas e Políticas Públicas de Saúde .....	62
3. ESPIRITUALIDADE, RELIGIÃO E SAÚDE.....	88
3.1 A Preferência do Espiritual e não mais do Religioso.....	88
3.2 A Espiritualidade como fator para a Saúde.....	92
3.3 A Especulação Comercial da Espiritualidade.....	97
3.4 A Relação Espiritualidade e Saúde no Espiritismo .....	103
4. DIMENSÕES SOCIOESPACIAIS DAS PRÁTICAS E CUIDADOS EM SAÚDE A PARTIR DE CENTROS ESPÍRITAS NO AGLOMERADO URBANO DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA (AU-RMC).....	129
4.1 Mapeamento da espiritualidade terapêutica no AU-RMC .....	130
4.2 Sociedade Brasileira de Estudos Espíritas (Região Norte do AU-RMC) .....	154
4.3 Centro Espírita Ildefonso Correia (Região Central do AU-RMC) .....	159
CONCLUSÕES .....	168
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	173
REFERÊNCIAS .....	181
APÊNDICES.....	200

## INTRODUÇÃO

Estudos referentes às religiões são inúmeros no campo científico e evidenciam diferenciadas modalidades sociais, simbolismos, crenças, teorias, mitos, etc. A abordagem central do presente trabalho não visa iluminar a história de uma religião e/ou doutrina mas sim identificar, mapear e diagnosticar determinadas práticas espiritualizantes<sup>1</sup> para a saúde humana no espaço geográfico, especificamente, nos centros espíritas do Aglomerado Urbano de Curitiba (PR).

A medicina capaz de operar sobre outras dimensões do corpo humano é tradicionalmente realizada pelos povos nativos do Brasil e, também, por outros que aqui chegaram com a colonização europeia, como os seguidores de Allan Kardec e seu espiritismo terapêutico. Nesta perspectiva o presente estudo direciona suas luzes para os atores sociais das medicinas e práticas populares/tradicionais/alternativas e seus cuidados com a saúde que propiciam conforto, auxílio e significância para os sujeitos em âmbito externo àquele da medicina científica moderna.

Na modernidade diversas rupturas e revoluções eclodiram e definiram novas perspectivas para o geográfico, o econômico, o político, o social, o ideológico, o cultural e, conseqüentemente, para a saúde humana.

A espiritualidade, entendida em sua forma ampla, ora livre de religiões, ora mais religiosa, está presente nesse processo complexo das sociedades e possui terapêuticas para as doenças humanas, do corpo e do comportamento, tão amplificadas nestes tempos.

Assim, expõe-se a existência de uma “espiritualidade terapêutica” no território, modulada por uma gama de saberes tradicionais e práticas populares e alternativas para a saúde, em maioria, não hegemônicas e não biomédicas, que operam por linhas espiritualistas e cosmológicas para o trato das enfermidades do corpo e da alma. Ela é um fenômeno construído pela sociedade e, em maioria pelos povos tradicionais ao redor do mundo.

---

<sup>1</sup> A discussão que se apresenta verte-se para a escolha do termo “espiritualidade” no âmbito da saúde e não indicará uma “evolução da humanidade” na compreensão das religiões.

Como forma a evidenciar a espiritualidade terapêutica, ao longo do texto a relação da espiritualidade com a saúde é exposta, já que viabiliza “terapêuticas” concernentes às chamadas “racionalidades médicas alternativas” (LUZ, 2005) e que, ao serem operadas no espaço geográfico, apresentam conjunturas complexas, as vezes visíveis, as vezes não, a depender da escala de análise.

A aquiescência aos interesses da sociedade moderna capitalista com a fragmentação do conhecimento ofusca determinadas configurações espaciais e atores sociais que não seguem tais fluxos. As práticas e saberes tradicionais/populares e alternativos para a saúde ficam na invisibilidade excludente de alguns setores - sociedades mais modernizadas, ciência, instituições -, e assim estão há muito tempo, desde a colonização, que usurpou o nativo e impôs o modo de pensar e poder às sociedades do Sul do mundo.

Além disso, em termos mais específicos, a invisibilidade também acontece na ordem do sistema regulatório de saúde, que não reconhece esses fenômenos da e na sociedade. Tais entraves, porém, não prejudicam o pleno desenvolvimento de uma discussão científica, ao contrário, instigam hipóteses e trajetos fortuitos para o fortalecimento dos sujeitos e de seus lugares tradicionais/populares/alternativos subalternizados.

Assim, a identificação das dimensões sociais e geográficas das medicinas populares/tradicionais/alternativas pode auxiliar na compreensão das práticas, métodos, atores sociais e/ou instituições religiosas que ofertam a cura e o tratamento às doenças. Neste sentido, o presente estudo evidencia uma abordagem detalhada dos espaços, lugares e territórios que dão significados às enfermidades do corpo e consideram a espiritualidade um fator de saúde e cura.

A Geografia da Saúde aqui se apresenta por teorias e percepções também tidas como alternativas, por diferenciar-se da sumariamente utilizada nos trabalhos científicos desse ramo. As bases fundantes e clássicas da Geografia da Saúde serão brevemente expostas, de forma a compreender a grande diversidade de condicionantes e determinantes que implicam no processo da saúde-doença das sociedades. A discussão verte-se para o fazer de uma nova epistemologia geográfica da saúde, bastante aliada às perspectivas e aos estudos da geografia cultural e humana de métodos e fundamentos antropológicos, sociais e da percepção. Assim, discutem-se, de



forma mais ampla, as possibilidades e entraves de uma outra Geografia da Saúde, que é desafio emergente e necessário na sociedade moderna.

As medicinas compreendidas como “tradicionais”, “populares”, “alternativas” e “complementares” assim serão adjetivadas seguindo as suas definições oficiais (OMS, 2002; 2005), que de antemão já expõem a sua posição secundária perante a soberania do modelo biomédico hegemônico na sociedade moderna, principalmente a ocidental, temática que será amplamente discutida no corpo deste documento.

De forma ampla apresentar-se-á quadros sinópticos das normativas e legislações oficiais para a medicina tradicional e complementar no Brasil e em outros países do mundo, sobretudo, as nações que também foram colonizadas. Intenta-se assim compreender como está construído o panorama da Saúde Coletiva no Brasil e das Políticas de Saúde no mundo.

Para adentrar nas discussões sobre as medicinas e práticas existentes para a saúde, faz-se necessário compreender os referenciais que sustentam as duas perspectivas/racionalidades médicas diversas: (1.<sup>a</sup>) A perspectiva do **modelo biomédico de saúde** – da medicina científica moderna ocidental; (2.<sup>a</sup>) A perspectiva das práticas **alternativas** para a saúde – a medicina alternativa e/ou complementar.

Na 1.<sup>a</sup> perspectiva - do modelo biomédico, o referencial de sustentação é o científico. A análise, o diagnóstico e a prática clínica se estruturam de maneira tecnicizada. O discurso desafiado a esse modelo acredita que suas práticas médicas, da medicina científica, são carentes de diagnósticos holísticos, não considerando a totalidade existente no processo de cura e doença dos sujeitos e, conseqüentemente, a que envolve a vida humana, “sou porque somos”. Além de ser reflexo de um pensamento e poder colonial que, no tempo da modernidade, ainda é carregado de estigmas e preconceitos para conhecimentos outros.

Na 2.<sup>a</sup> perspectiva - o modelo das práticas alternativas para a saúde -, o referencial teórico também é científico, mas com o adendo de também se sustentar em um viés místico-mágico-religioso-espiritual. É um campo de estudo complexo e multifacetado de sujeitos, técnicas, categorias, receituários, percepções, condutas, etc., significado por Champion (1988) como uma

“nebulosa místico-esotérica” justamente por ser diversificado e não ter uma forma bem definida. Nesse modelo, operam-se “espiritualidades terapêuticas” para o trato às enfermidades, chegando às curas cosmológica, transcendental e espiritualizante de corpos-almas, constituídas por processos holísticos que consideram a multicausalidade da doença e o ser humano conector ao todo-natureza-humanidade. É, sobretudo, impulsionada pelas minorias subalternizadas e oprimidas pela lógica colonial que invadiu e usurpou os territórios, as culturas e as epistemologias. É também um fenômeno que adentra cada vez mais as fronteiras do espaço moderno e urbano evidenciando rupturas e imbricações espaciais. O discurso desafiado a esse modelo alternativo se pauta na acusação de não cientificidade das práticas, carregadas de crendices e nos perigosos diagnósticos e tratamentos administrados por “charlatões” e/ou não diplomados.

A espacialização dos fenômenos e sujeitos tradicionais/populares/alternativos da saúde no espaço geográfico será também um desafio, já que a apreensão desses é fugaz e não segue uma lógica burocrática/ordenada. Para isso, apresenta-se como teoria capaz de ler esses fenômenos, com o cuidado de não os simplificar, o espaço geográfico dividido (Milton Santos, 2018), entre o Moderno e a Tradição. Expectando que estes são ao mesmo tempo enunciadores de um proceder segregatório e um proceder híbrido, processos bastante característicos da sociedade brasileira e das demais sociedades colonizadas.

Dessa forma, a fim de averiguar e ampliar tais discussões, analisa-se o socioespacial e contextual do espiritismo terapêutico presente no AU-RMC (Aglomerado Urbano da Região Metropolitana de Curitiba formado pela capital e seus municípios limítrofes). O espiritismo, e sua face terapêutica, será identificado nas práticas à saúde realizadas, pelo viés do espiritismo/kardecismo, nos centros espíritas alocados na área de estudo. Em tais locais, a dinâmica, a Doutrina, os sujeitos e as relações serão investigados em conversas e observações participativas.

Os centros espíritas e o espiritismo foram escolhidos, pois se configuram em um universo amplo e difuso (imbuído de religiosidades, filosofias, misticismos e esoterismos) e poderão indicar uma dimensão socioespacial singular para o

campo da Geografia da Saúde. Os atores sociais desses locais foram convidados a expressar as nuances das práticas ofertadas para os males do corpo, da mente e do espírito, de forma que seus discursos serão analisados à luz dos métodos de Michel Foucault.

Em contexto, a Doutrina espírita, codificada por Allan Kardec, também será evidenciada de forma a subsidiar a leitura de suas concepções e matizes, ainda, de origem colonial. A Doutrina cresceu exponencialmente pelo mundo em meados do século XIX, e se estabeleceu no Brasil como uma das religiões/doutrinas mais seguidas. O fenômeno dos espíritas e a constituição das casas espíritas brasileiras é mundialmente notado, e ao adentrar o território miscigenado do país, moldou-se, apresentando-se na atualidade, como terapêutica, processos multifacetados e principalmente por três principais moldes, segundo Bastide (1967).

Como teoria de sustentação e constituinte da hipótese, apresentam-se os pressupostos teóricos da descolonização do saber, caminho pelo qual é possível refletir sobre o *modus operandi e epistemologias* impostos para o Sul do mundo, por agentes alheios aos complexos aparatos de ideias e saberes socioculturais nativos. A tessitura é proposta com vistas a discutir a lógica predominante do conhecimento científico moderno ocidental, a perpetuidade e aceitação de Doutrina/Religião/Filosofia Espírita europeia em detrimento e negação dos saberes, sujeitos e práticas alternativos/populares/tradicionais brasileiros.

## OBJETIVOS

Com tais considerações, intenta-se como **objetivo geral**:

Diagnosticar e analisar dimensões socioespaciais da “espiritualidade terapêutica” e seus exemplos nos Centros Espíritas localizados no AU-RM.

Como **objetivos específicos**:

1. Evidenciar as perspectivas e práticas à saúde de tradição popular e alternativa como formas a investigar a dimensão processual da espiritualidade no cenário brasileiro;
2. Investigar a existência, ou não, de espaços excludentes do Moderno e da Tradição no território brasileiro e sua aproximação com a teoria geográfica e as perspectivas e práticas alternativas à saúde humana;
3. Discutir a teoria da descolonização do saber e do poder nos contextos das medicinas tradicionais/populares/alternativas e da medicina científica moderna;

4. Evidenciar as normativas e oficializações para as perspectivas e práticas alternativas à saúde humana;
5. Investigar as matrizes fundantes da espiritualidade-religião-saúde e do espiritismo francês e sua perpetuidade no território brasileiro;
6. Mapear e compreender a relação espiritualidade-saúde nos centros espíritas do AU-RMC e seus elementos, cuidados e práticas em saúde.

## QUESTÕES NORTEADORAS E JUSTIFICATIVA

Como **problema**, identifica-se, no modelo hegemônico da medicina moderna e científica e na própria ciência, a não legitimação e negação ontológica (da existência, realidade e a natureza do ser) de sujeitos e fenômenos que se voltam para práticas alternativas/populares/tradicionais da saúde.

Tais atividades são latentes na sociedade, mas não possuem uma entrada oficial, por meio de registros de atendimentos e/ou experiências coletivas, no sistema de saúde. Não há dados que possibilitem estimar porcentagens da população que utilizam as práticas alternativas da saúde e creem nelas. Tal situação indica a perpetuidade de um processo de subalternização, exclusão e invisibilidade de sujeitos e pensamentos que foram intensificados pela não afeição desses detentores ao modelo de produção moderna e capitalista.

As **questões norteadoras** são apresentadas de forma a construir as reflexões frente à justificativa, à problemática, aos objetivos e às hipóteses da tese, sendo elas: Quais as concepções que sustentam as práticas alternativas e tradicionais da saúde humana no território brasileiro? Quem são os atores sociais que as exercem? Em qual(is) contexto(s) socioespacial(is) acontece(m) a(s) oferta(s)? Qual o perfil socioeconômico dos sujeitos que as recebem? Quais são as motivações que operam tais práticas? Como se realizam as práticas alternativas em saúde humana? Quais dimensões socioespaciais e processuais se apresentam na terapêutica? A área de estudo evidencia e opera uma lógica excludente?

A **justificativa** para o tema se dá pela existência de fenômenos e representações coletivas, invisíveis para a ciência, mas não para a sociedade, sobretudo a brasileira e as marginalizadas, do Sul do mundo. São práticas alternativas/populares/tradicionais em saúde ofertadas em espaços de espiritualidade terapêutica, como os centros espíritas, que conferem aos sujeitos



acesso a tratamentos e respostas para as enfermidades, não somente do corpo, mas da alma e do espírito. Estes, que já estão inseridos na medicina científica e moderna, buscam em outras vertentes o conforto necessário para os seus problemas, reflexionando uma importante relação - espiritualidade e saúde.

As **hipóteses** para o estudo:

1. A busca por práticas alternativas e tradicionais nos cuidados com a saúde humana, assim como a paradoxal condição da negação ontológica de práticas e sujeitos, condizem com o *contexto histórico e cultural da sociedade brasileira*;
2. A perspectiva descolonial forja uma nova epistemologia para a *Geografia da Saúde, fato que pode auxiliar numa abordagem mais representativa para as alternativas à saúde e à espiritualidade terapêutica, presentes na sociedade*;
3. Há controvérsias nos *centros espíritas que revelam aspectos de práticas alternativas e tradicionais em saúde fomentadas por ideologias e perspectivas coloniais e modernas*.

## CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO

A área urbana contínua de Curitiba (capital do Paraná, sul do Brasil) é formada atualmente por 12 (doze) municípios e essa composição se deu pelos processos de urbanização e industrialização, materializados com as áreas construídas e infraestruturas, que seguem o movimento e organização da sociedade, ao se espalhar pelo espaço geográfico, formando redes e fluxos.

Para o mapeamento da área de estudo (FIGURA 1), a mancha urbana, que é vazada/incompleta/mutante, foi transformada em polígonos que a delimitam e separam-na em áreas urbanas e áreas rurais, não sendo, então, compatíveis com os limites oficiais dos municípios. Essa delimitação é chamada de Aglomerado Metropolitano/Urbano<sup>2</sup>.

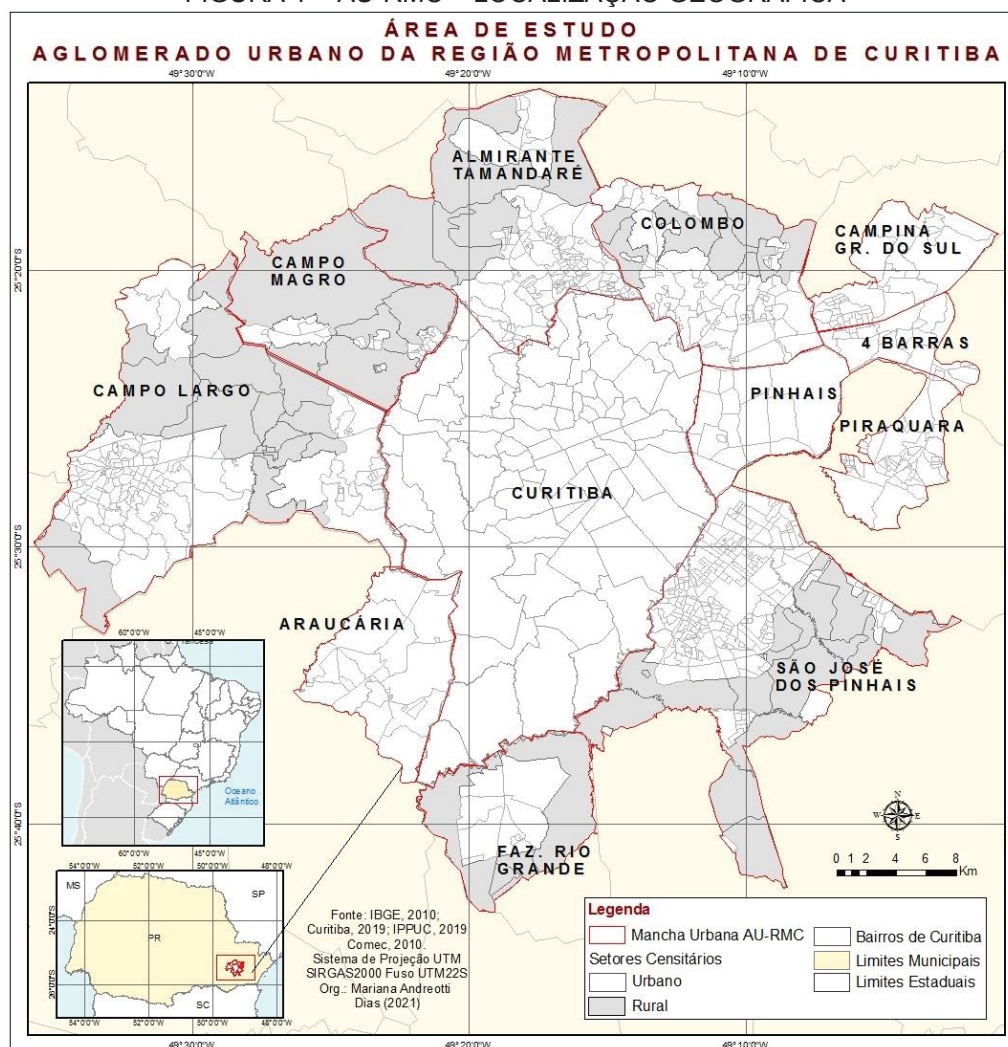
O município de Curitiba, capital do estado do Paraná, ocupa uma área de 435036 km<sup>2</sup>, população de 1.948.626 habitantes e densidade de 4.479,02 hab./km<sup>2</sup> (IBGE, 2020). É composto por 75 bairros<sup>3</sup> divididos em 9 regionais. Já

<sup>2</sup> O aglomerado metropolitano constitui, segundo o relatório Redes urbanas regionais: sul, “uma mancha de ocupação derivada de conurbação e/ou periferização, diretamente polarizada pela metrópole, envolvendo municípios limítrofes com contiguidade, continuidade e/ou descontinuidade de ocupação. Apresentam população urbana e densidade demográfica elevadas, forte articulação econômica, intensos fluxos de relações intermunicipais com comutação diária, complementaridade funcional e população ocupada em atividades urbanas (setores secundário e terciário)”. (IPARDES, 2000, citado por Firkowski 2002, p. 80).

<sup>3</sup> Abranches, Água Verde, Ahú, Alto Boqueirão, Alto da Glória, Alto da XV, Atuba, Augusta, Bacacheri, Bairro Alto, Barreirinha, Batel, Bigorilho, Boa Vista, Bom Retiro, Boqueirão, Butiatuvinha, Cabral, Cachoeira, Cajuru, Campina do Siqueira, Campo Comprido, Capão da Imbuia, Capão Raso, Cascatinha, Centro, Caximba, Centro Cívico, Cidade Industrial, Cristo Rei, Fanny, Fazendinha, Ganchinho, Guabirotuba, Guaíra, Hauer, Hugo Lange, Jardim Botânico, Jardim

a Região Metropolitana de Curitiba (RMC), criada em 1973, agrega 26 municípios<sup>4</sup> que reforçam a economia da capital e do estado pelas grandes indústrias alocadas em seu território. Na década de 1990 (FIRKOWSKI, 2002), foi possível verificar a ocupação e o desenvolvimento desigual de muitos desses municípios que compõem o AU-RMC, onde projetos, articulações políticas e favorecimento econômico foram algumas das medidas realizadas para a expansão do capital.

FIGURA 1 – AU-RMC – LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA



Org.: DIAS, M.A. (2021).

Social, Jardim das Américas, Juvevê, Lamenha Pequena, Lindoia, Mercês, Mossunguê (Ecoville), Novo Mundo, Orleans, Parolin, Pilarzinho, Pinheirinho, Portão, Prado Velho, Rebouças, Riviera, Santa Cândida, Santa Felicidade, Santa Quitéria, Santo Inácio, São Braz, São Francisco, São João, São Lourenço, São Miguel, Seminário, Sítio Cercado, Taboão, Tarumã, Tatuquara, Tingui, Uberaba, Umbará, Vila Izabel, Vista Alegre, Xaxim. (IPPUC, 2018).

<sup>4</sup> Adrianópolis, Agudos do Sul, Almirante Tamandaré, Antonina, Araucária, Balsa Nova, Bocaiúva do Sul, Campina Grande do Sul, Campo do Tenente, Campo Largo, Campo Magro, Cerro Azul, Colombo, Contenda, Curitiba, Doutor Ulysses, Fazenda Rio Grande, Guaraqueçaba, Guaratuba, Itaperuçu, Lapa, Mandirituba, Matinhos, Morretes, Paranaguá, Piên, Pinhais, Piraquara, Pontal do Paraná, Porto Amazonas, Quatro Barras, Quitandinha, Rio Branco do Sul, Rio Negro, São José dos Pinhais, Tijucas do Sul, Tunas do Paraná. (IPARDES, 2018).

A escolha da área de estudo se justifica, pois: 1. Sua configuração não se mantém nos limites intraurbanos da capital Curitiba, espalhando-se e acompanhando os fenômenos e sujeitos; 2. Há um crescimento econômico desigual que reflete discrepâncias entre os municípios em relação aos serviços básicos (infraestrutura, saúde e educação) e consequente marginalização de pessoas; 3. Existe a oferta de infraestruturas e serviços básicos limitada aos municípios adjacentes à capital, gerando movimentos pendulares (estudo, trabalho, comércio, hospitais, etc.), sendo a saúde<sup>5</sup> um dos mais importantes.

O estudo da área visa compreender fenômenos sociais, econômicos e culturais, respaldados por dados secundários oficiais (IBGE, IPPUC, IPARDES, Observatório das Metrópoles, COMEC, Prefeituras Municipais) e dados primários que possam legitimar ou negar as hipóteses do estudo e responder às questões pontuadas na problemática.

Os dados primários (centros espíritos) serão localizados e analisados de forma detalhada em conjunto com os setores censitários, para os municípios metropolitanos, e pelos bairros na capital de Curitiba. Ao todo são 901 setores censitários (Região Metropolitana) e 75 bairros (Curitiba) compondo o AU-RMC, contudo, após a identificação dos centros espíritos, apenas uma parte dos setores censitários e todos os bairros da capital farão parte do detalhe.

## **ESTRUTURA DA TESE**

O documento está estruturado em **quatro capítulos**:

O *Capítulo 1* – “Metodologia, Métodos e Técnicas de Pesquisa” apresenta os procedimentos metodológicos e o fluxograma de pesquisa que expõe e organiza os métodos, as teorias e os principais conceitos da tese, de forma a fundamentar e posicionar a discussão dentro da epistemologia da ciência.

O *Capítulo 2* - “Tradição e Modernidade nas Práticas e Cuidados em Saúde Humana: Proposições para o Pluralismo Epistemológico das Medicinas Tradicionais, Populares e Alternativas” destina-se aos contextos das duas racionalidades médicas, opostas e complementares - da medicina científica

---

<sup>5</sup> Somente em Curitiba são 253 os postos de atendimentos

ocidental e da medicina alternativa/popular/tradicional. Elas são apresentadas como fenômenos intrínsecos aos territórios construídos histórica e culturalmente pelos moldes eurocêntricos coloniais, que os dividiu, na modernidade, em espaços do centro (rico, desenvolvido) e periféricos (pobre, subdesenvolvido) das tradições. Apoia-se nas contribuições da Geografia da Saúde e nos seus pressupostos para a medicina e a saúde, e as fronteiras entre as práticas do tradicional e do moderno.

O *Capítulo 3* – “Espiritualidade, Religião e Saúde” destina-se à compreensão da relação espiritualidade e saúde na sociedade moderna, a partir de seus usos como: religião, mercado e serviços de saúde. Para tanto, evidencia-se a Doutrina Espírita de Allan Kardec, de pressupostos científicos e filosóficos europeus e, da sua entrada no território brasileiro, passa a ser exercida sumariamente por vieses terapêutico e religioso.

No *Capítulo 4* - “Dimensões Socioespaciais das Práticas e Cuidados em Saúde a partir de Centros Espíritas no Aglomerado Urbano da Região Metropolitana de Curitiba (AU-RMC)” apresenta-se um estudo detalhado da dimensão espacial, social e cultural das práticas e cuidados à saúde a partir dos centros espíritas alocados no AU-RMC. Por meio de variáveis socioeconômicas (primárias e secundárias), conversas com atores sociais espíritas e observações participativas, espera-se compreender a relação da espiritualidade, especificamente do espiritismo, com a saúde humana.

## 1. METODOLOGIA, MÉTODOS E TÉCNICAS DA PESQUISA

O caráter das pesquisas qualitativas se faz pela ação e pela reflexão, sendo assim, é característica de uma abertura na interpretação de seus conceitos, na diversidade de rótulos e rotinas de trabalho que, nem sempre, podem ser capturados em totalidade por métodos quantitativos.

Dentro da abordagem geográfica para a saúde, há metodologias e métodos que não são suficientes para a especificidade do tema que se pretende no presente estudo, já que as abordagens clássicas possuem outros enfoques e se pautam, sobretudo, nos princípios consagrados da Epidemiologia. São então perspectivas epistemológicas que não suprem a complexidade das alternativas em saúde, temática sumariamente distante dos clássicos métodos e técnicas da epistemologia moderna-científica-ocidental.

Diante dessa lacuna teórica e epistemológica, buscaram-se filosofias e métodos que pudessem suprir e pôr em diálogo concepções teóricas distintas, de modo a cumprir e desenhar a estrutura e as organizações ontológica e científica da tese. Bachelard (1996, p. 26) em sua construção para o pensamento científico, expõe que o trânsito entre a ciência dura dos clássicos e “a cidadela dos sábios” é uma atitude polêmica que provoca avanços no conhecimento científico, de forma a ultrapassar obstáculos particulares, abrindo-se para outros diálogos entre saberes.

Dito isso, a proposta teórico-metodológica clássica está presente com o auxílio da filosofia de Karl Popper (metodologia científica clássica), e de Michel Foucault (método histórico; ontologia foucaultiana; metodologia de pesquisa histórica - obras diversas).

Os **métodos e técnicas** da pesquisa estão fundamentados em Michel Foucault (especificamente, suas perspectivas para a Análise do Discurso, Análise do Contexto e Análise do Conteúdo), baseando-se também na teoria do espaço social de Bourdieu (1989).

A **metodologia** geral da tese segue os pressupostos de Karl Popper (com o método hipotético-dedutivo).

A pesquisa compreende em sua *temática* a relação espiritualidade e saúde, moduladas pela oferta das práticas alternativas/tradicionais/populares nos centros espíritas, locais analisados em detalhe.

O detalhamento se dá com o auxílio da espacialização de variáveis socioeconômicas e pela leitura dos fenômenos e dinâmicas, sendo essas também analisadas *in loco* em dois centros espíritas<sup>6</sup>. Os dois centros espíritas são desvelados por seus atores sociais que, com suas consciências/experiências, relatam os fenômenos, os sujeitos, as relações e as práticas ofertadas para a saúde humana.

### **1.1 Os métodos para investigar e interpretar: o hipotético-dedutivo de Karl Popper**

Para compreender o método hipotético-dedutivo, há de voltar-se para os princípios do Empirismo Clássico. Tal teoria do conhecimento se pauta em dois pontos – fontes e justificação, sendo as fontes provenientes dos cientistas que partem da experiência; e a justificação, por meio das teorias, justificadas por experiências.

Entretanto, Karl Popper critica tais pontos e argumenta que a tradição empirista é falha, pois não se começa pela observação, ou experimentação, e sim, pelo problema. Ele é o primeiro a alegar tal percalço e instigar a investigação como ponto de partida, surgindo o método científico. Ao fazer uso do método, o cientista tem a possibilidade de combinar observações por uma “intuição científica” (KAPLAN, 1972), deduzindo consequências e experimentos, que o fazem excluir outros postulados.

Após formular um problema, o cientista adota uma estratégia inicial para resolver esse problema, o que ocorre na forma de segunda proposição. Ele propõe uma hipótese – ainda não se fala em experimentação – que poderia resolver o problema, aí então se chega ao máximo da metodologia Popperiana da ciência, o falseacionismo.

---

<sup>6</sup> A seleção dos dois centros espíritas aconteceu de forma involuntária pois eram os centros espíritas que primeiro tinham retornado os contatos iniciais em 2019. Na última fase do trabalho, por conta da pandemia de 2020, o número de encontros presenciais precisou ser reduzido restando apenas os dois centros já previamente visitados.



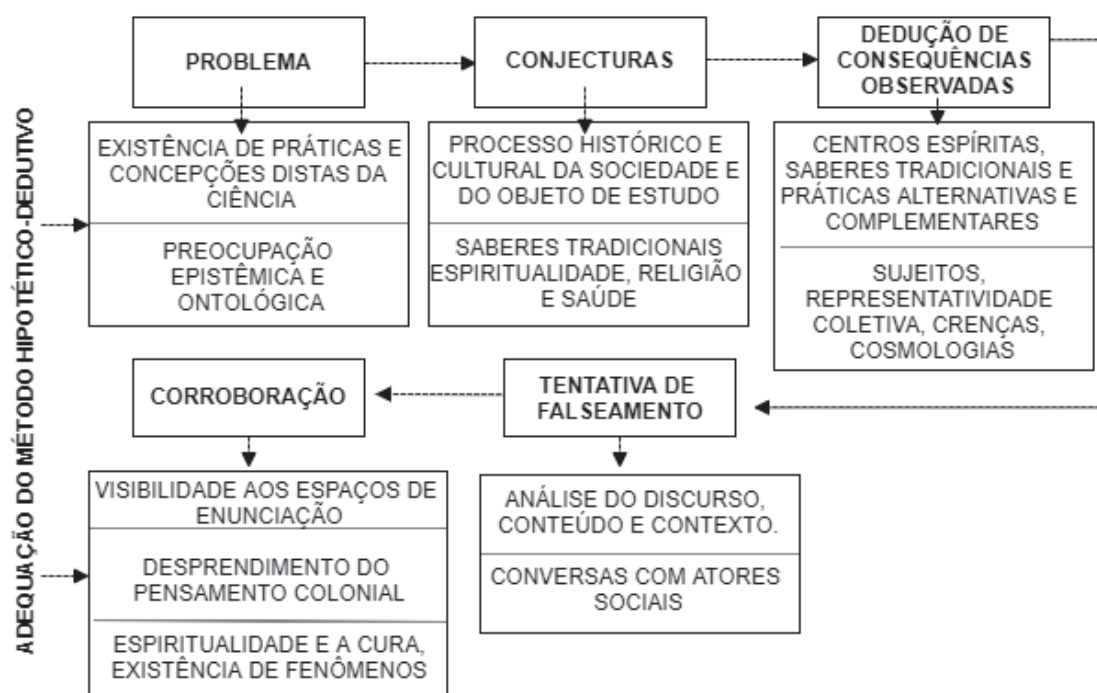
De acordo com Popper, a qualquer momento poderá surgir um fato que invada a corroboração, ou seja, o fenômeno comprovado pode não mais ser confirmado algum tempo depois, em razão de qualquer característica e/ou processo que o altere (GIL, 2009, p. 12). Dentro das ciências naturais esse é o único método, rigorosamente lógico, algo comum em um círculo neopositivista. Já nas ciências sociais esse método é bastante criticado, pois acredita-se que nem sempre podem ser deduzidas consequências observadas nas hipóteses.

Popper enfatiza também o caráter falível e corrigível dos racionalistas que acreditavam que o conhecimento assim produzido era indubitável, certo e verdadeiro. Enfatiza a necessidade da crítica e do confronto com a realidade para as ciências empíricas. Ele é um racionalista crítico.

É importante ainda expor que esse método não pressupõe uma perspectiva eurocêntrica da investigação e/ou estudo, já que com ele se podem também estudar os fenômenos subjetivos e abstratos, tão comuns dentro das pesquisas qualitativas, justamente por seu caráter falível e corrigível.

Apoiando-se em tais basilares, o percurso metodológico geral para a tese é ilustrado (FIGURA 2), compreendendo a teoria de Popper e seu método hipotético-dedutivo.

FIGURA 2 - MÉTODO HIPOTÉTICO-DEDUTIVO ADAPTADO À PESQUISA.



Org.: DIAS, M.A. (2021) adaptado de KAPLAN (1972).



O **problema** aparece quando os conhecimentos disponíveis não são suficientes para explicar os fenômenos. As **conjecturas** e hipóteses são formuladas para tentar explicar o problema. Das hipóteses, **deduzem-se** as **consequências** que deverão ser testadas e falseadas (FIGURA 3):

FIGURA 3 - HIPÓTESES E CONSEQUÊNCIAS GERAIS DA TESE

Hipóteses do estudo	Consequências a serem testadas
1. A busca por práticas alternativas e tradicionais nos cuidados com a saúde humana, assim como a paradoxal condição da negação ontológica de práticas e sujeitos, condizem com o contexto histórico e cultural da sociedade brasileira;	A invisibilidade aos sujeitos e práticas se deve também a esse contexto colonial de saber? Acontece um resgate histórico e cultural por parte dos indivíduos? Ou isso é um reflexo da modernidade?
2. A perspectiva descolonial forja uma nova epistemologia para a Geografia da Saúde, fato que pode auxiliar numa abordagem mais representativa para as alternativas à saúde e à espiritualidade terapêutica, presentes na sociedade.	É possível uma nova epistemologia da saúde? A Geografia contribui para essa construção?
3. Há controvérsias nos centros espíritas que revelam aspectos de práticas alternativas e tradicionais em saúde fomentadas por ideologias e perspectivas coloniais e modernas.	Existem as controvérsias em todos os centros? Ou somente nos centros que não são filiados às federações e assim, praticam outras vertentes que se aproximam de um tradicional brasileiro?

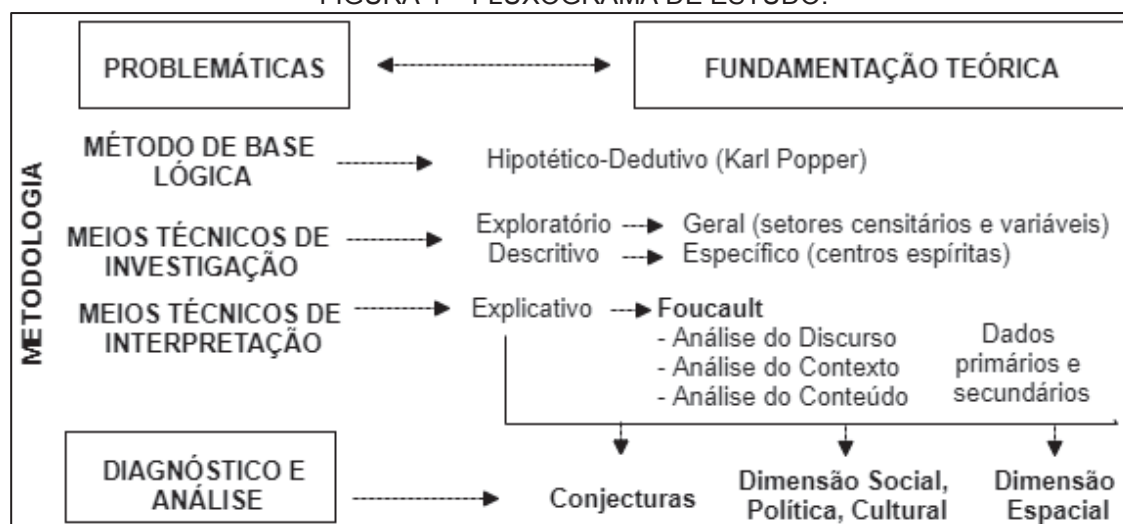
Org.: DIAS, M.A. (2021).

**Falsear** significa tentar tornar falsas as consequências deduzidas das hipóteses. Procuram-se, assim, evidências empíricas para derrubar as hipóteses. Quando não se consegue demonstrar qualquer caso concreto, tem-se a **corroboração**, que não excede o nível do provisório.

## 1.2 Os métodos para investigar e interpretar: Método histórico de Michel Foucault.

De posse da concepção metodológica e filosófica popperiana e seu método hipotético-dedutivo, busca-se, com vistas a atender os pressupostos da tese, o auxílio de outro método para a pesquisa – o método histórico de Michel Foucault (para a análise do discurso e refinamento dos atores sociais). Ressalta-se que a estruturação da pesquisa (FIGURA 4), em sua metodologia, também contempla métodos que indicam os meios técnicos de investigação, sendo eles: exploratório e descritivo (1.<sup>a</sup> etapa) e explicativa (2.<sup>a</sup> etapa).

FIGURA 4 – FLUXOGRAMA DE ESTUDO.



Org.: DIAS, M.A. (2021).

De forma a organizar o estudo da tese, o fluxograma evidencia os eixos **Problemáticas, Fundamentação Teórica** (apresentados no fluxograma do método hipotético-dedutivo) e apresenta a **Metodologia** (Meios de base e técnicos) e os **Resultados Esperados** (Diagnóstico e Análise).

Com auxílio do aporte teórico, o objeto de estudo é investigado em uma perspectiva exploratória. Faz-se isso a fim de refinar os entraves do tema. Do geral (análise de dados secundários pelos setores censitários e variáveis) parte-se para o específico (investigação e análise de dados primários, centros espíritas no AU-RMC), por meio da técnica descritiva. De posse do meio explicativo, as determinantes e constituintes aprofundam a realidade que é corroborada, ou não, pelos instrumentos de interpretação.

### 1.2.1 Método de Interpretação e Investigação Histórico de Foucault

Seguindo a construção e proposição de pensamento de Michel Foucault, depreende-se para o estudo a sua *estrutura crítica* - compreende o princípio da *inversão*, ligado aos sistemas de recobrimento do discurso e sua *estrutura genealógica* - composta pelos demais princípios, na qual uma série de formações efetivas do discurso se darão pelo poder, que constituem domínios de objetos a propósito dos quais se poderiam afirmar ou negar proposições verdadeiras ou falsas.

Além disso, quatro princípios devem ser percebidos para o percurso da análise: 1.º - princípio da *inversão* – livrar-se da ideia de reconhecimento, ou

seja, estranhar o conhecido; 2.º - princípio da *descontinuidade* – não imaginar, durante a fala do sujeito, possíveis acontecimentos, ou seja, despir-se de contextos para uma escuta limpa; 3.º - princípio da *especificidade* – não transformar o discurso em um jogo de significações prévias, ou seja, despir-se de julgamentos; 4.º - princípio da *exterioridade* – não interiorizar o discurso e constituir significações para ele.

Com tais prévias e alertas que compõem a análise do discurso pontuados por Foucault, as conversas com os atores sociais são orientadas pelos seguintes meios técnicos:

- Análise do Discurso: dá-se pela construção de três perguntas amplas, com o intuito de abrir o diálogo e descobrir a percepção e experiência dos sujeitos. As conversas são analisadas internamente, de forma que não acontecerá a publicação das identidades e detalhes pessoais. Tais acordos serão garantidos por um termo de consentimento (APÊNDICE 5).

Os relatos dos atores sociais são alvo do discurso científico, colocando-os na pergunta chave, para não apenas tratá-los como locutores de conteúdo, mas por suas “[...] práticas que formam sistematicamente os objetos de que fala [...]” (FOUCAULT, 2012, p. 60). E enunciados, esclarecida por Veiga-Neto (2003, p. 127) como um “ato discursivo porque se separa dos contextos locais e dos significados cotidianos”.

- Análise do Contexto: o contexto se dá com o auxílio dos pressupostos que fundamentam o Espiritismo/Kardecismo trazido da Europa e propagado em todas as regiões do Brasil. Além disso, faz-se a distinção entre os tipos de espiritismo, ao menos 3 tipos, identificados por Bastide (1967) e Giumbelli (1995). Para a análise do espaço geográfico, faz-se a espacialização dos Centros Espíritas e sua oferta de tratamentos para as enfermidades, assim como a espacialidade realizada pelas escalas dos setores censitários e variáveis socioeconômicas do IBGE.

Análise do Conteúdo: Sobre o conteúdo, este é evidenciado pelos sujeitos, suas enfermidades e seus lugares. Pauta-se na exposição do que fora dito e descoberto (descobrir o que estava coberto) pelos sujeitos e suas motivações. Reafirma-se que a conversa é ato discursivo imbuído de sentidos e realidades, não cabendo então qualificações e juízos de valores. Esforço se fará

para compreender a consciência para a cura, a espiritualidade, as crenças, que podem ser “veículos da religião, variando conforme os tempos e lugares” (KANT, 2009), ou outras simbologias/cosmologias diversas.

A tessitura das filosofias e dos métodos visa ao diagnóstico e à análise de determinadas práticas (alternativas/complementares/tradicionais para a saúde), atualmente em populações, preocupando-se em dar luz e elucidar o que é fornecido pela análise do discurso. Além disso, busca-se diagnosticar condições sociais, econômicas, culturais e políticas da população no Aglomerado Urbano de Curitiba – hipotético-dedutivo.

### 1.3 Dados e bases cartográficas

Almeja-se nos objetivos da pesquisa a investigação e construção de quadros completos com diagnóstico e análise para a área de estudo. Para isso, algumas investigações primárias (TABELA 1) e dados secundários (TABELA 2) foram realizadas e compõem um banco de dados, constituído com a produção de camadas de informações em formato *shapefile*, que subsidiam a espacialização e a cartografia dos fenômenos.

TABELA 1 – ARQUIVOS E FONTES PRIMÁRIAS

DADOS	FONTE	PRODUTO
Ponto-Localização Centros Espíritas não federados	Google 2021	Shapefile
Ponto-Localização Clínicas Espiritualistas	Google 2021	

Org.: DIAS, M.A. (2021).

TABELA 2 - ARQUIVOS E FONTES CARTOGRÁFICAS SECUNDÁRIAS

DADOS	FONTE	PRODUTO
Setores Censitários	IBGE, 2010	Shapefile área de estudo
Variáveis Pop. Total, Cor, Renda, Alfabetização	IBGE, 2010	
Limites Municipais	IBGE, 2010	-
Limites Estaduais	IBGE, 2010	
Bairros AU-RMC	IPPUC, 2019; COMEC, 2019	Shapefile área de estudo
Ponto-Localização Centros Espíritas	FEP, 2021	Shapefile
Ponto-Localização UBS, Hospitais, CAPS.	Prefeituras, 2019	Shapefile área de estudo

Org.: DIAS, M.A. (2021).

Para tais, os softwares utilizados na pesquisa foram: ArcGIS 10.2 da ESRI®; Google Earth versão 4.3 (beta) desenvolvido pela Google®; Microsoft Office Excel 2007; Microsoft Office Word 2007.

Os setores censitários servem como base - recorte e adequação - das variáveis do IBGE – população total, cor, alfabetização e renda -, para a área de estudo (AU-RMC).

A variável religião, produzida pelo IBGE, não é detalhada para a área de estudo, pois o órgão a constrói na escala do município, sendo uma escala macro que não fornece informações adequadas para a escala do setor censitário, e seu uso não é plausível na espacialização. Dessa forma, as informações brutas de religiões servirão apenas para compor a análise geral no texto.

## 2. TRADIÇÃO E MODERNIDADE NAS PRÁTICAS E CUIDADOS EM SAÚDE HUMANA: PROPOSIÇÕES PARA O PLURALISMO EPISTEMOLÓGICO DAS MEDICINAS TRADICIONAIS, POPULARES E ALTERNATIVAS

### 2.1 A tradição popular nos cuidados à saúde humana: a aculturação e hibridismo pós-colonial

[...] o fenômeno da geofagia ou geomania é o hábito ou mania de comer terra. Hábito que a nosso ver traduz quase sempre um tipo de fome específica, não sendo mais que a reação do organismo, buscando no barro do solo os elementos minerais de que se sente desfalcado. [...] O que se vê em regra, por toda parte, é o grupo lançar mão instintivamente de recursos singulares para escapar às carências a que a alimentação habitual o expõe. É o caso dos esquimós roendo os ossos das caças e comendo as suas cartilagens para escaparem à fome de cálcio a que o seu regime estritamente carnívoro lhes pode conduzir [...]. É o caso dos índios mexicanos comendo pimenta em quantidade impressionante para escapar desta forma aos perigos do escorbuto, ou seja, da carência de vitamina C (CASTRO, 1953, p. 56-58).

É pelos trechos de Josué de Castro que a percepção acerca dos conhecimentos e práticas para a saúde existentes em diversas culturas tradicionais será iniciada. As práticas dos povos supracitados se davam para a sobrevivência, sobretudo, do corpo físico ante as condições ríspidas e vulneráveis. Aquém de apenas instintos, as técnicas reveladas expõem sistemas culturais complexos bastante particulares das regiões geográficas. Especificamente para os povos da floresta “o consumo habitual dos molhos apimentados, dos sucos de ervas fermentadas e misturadas com pimenta [...] afasta estas populações dos perigos das carências completas em vitamina C e do escorbuto” (CASTRO, 1953, p. 56).

A experiência dos povos que sofreram com as atrocidades da exploração colonial é denunciada pelo autor, assim como a fome e desnutrição à época, e que, ainda hoje, fazem parte do cenário indígena, caboclo e negro brasileiro que não tem como principal busca, diante das enfermidades do corpo, a medicina científica moderna. Fazem isso por suas raízes culturais, ancestralidades e crenças, mas também por não terem acessibilidade aos serviços quando precisam, estando alijados dos serviços oficiais de saúde.

A tradição popular para os cuidados à saúde está presente nos diversos continentes e regiões, sobretudo os do Sul do mundo, sendo prevalecente em

contextos em que a medicina científica ocidental e moderna não está presente e/ou é ineficaz.

Fortuitamente, a riqueza cultural, os saberes e práticas desses grupos resistem aos contextos diversos do espaço-tempo industrial e urbano das sociedades. Leonardo (2006, p. 177) expõe a perpetuidade da medicina indígena e a complexidade dos seus sistemas terapêuticos, já que estes, quando da chegada dos europeus, “já conheciam mais de 2 mil plantas medicinais e eram capazes de realizar operações e cuidar de fraturas ósseas”.

Essa “profunda consciência espaço-temporal de muitos povos originários” é uma das “grandes contribuições do pensamento descolonial que lê o espaço como uma densidade/multiplicidade de tempos acumulados e constantemente refeitos” (HAESBAERT, 2021, p.37).

Desde milênios, na história das primeiras civilizações, os sistemas terapêuticos eram apoiados em saberes populares, ora preponderantemente mágico-religiosos, ora racionais (ocidental-europeu), cujo exercício era confiado a agentes específicos que detinham conhecimentos, segundo crença dos povos, ancestrais e míticos, angariando com isso o prestígio e a sacralidade pela sociedade civil (LUZ, 1994).

Catão (2011) confirma que as doenças no período babilônico eram atribuídas aos demônios que travavam guerras contra espíritos benignos no plano espiritual, e a tratativa, no plano mundano, dava-se por métodos terapêuticos mágicos e pela invocação de deuses curadores.

De forma análoga, pode-se compreender que os conhecimentos e práticas populares em saúde se aproximam das irmãs gregas, Higeia e Panaceia. A primeira, a deusa da manutenção da saúde, harmoniza os seres humanos, e sua natureza, personifica a sabedoria; a segunda detém o conhecimento dos remédios, derivados de plantas e raízes, simbolizando assim a prevenção, a prática terapêutica, os encantamentos e preces.

Os praticantes da arte de curar se apresentam de diversas formas: parteiras(os), erveiros (as), sangradores(as), xamânicos(as), benzedeiros(as), feiticeiros(as), etc., e são detentores de conhecimentos múltiplos, passados de geração a geração. Por exemplo, nas complexas cosmologias dos povos indígenas brasileiros, existem esferas de pensamento e trato aos males do corpo e da alma totalmente diferentes das operadas pela sociedade branca. A relação



individual e coletiva é resultado da interação com a natureza, e a afinidade desses fatores ditará o estado de saúde e doenças.

Leonardo (2006, p.173) expõe que, para os indígenas, existem duas maneiras de se contrair doença: “por provocação de pessoas (feitas) e por provocação da natureza (reação). Isto é muito importante, porque para os povos indígenas não existe doença natural, biológica ou hereditária”.

A doença é sempre “adquirida, provocada e merecida moral e espiritualmente”. A saúde sim é natural e “sua manutenção depende de permanente vigilância e cuidado contra os espíritos maus da natureza” (LEONARDO, 2006, p. 173).

Já a doença é o resultado da luta interna da natureza entre os espíritos “bons” e os espíritos “maus” [...]. O espírito mau refere-se à capacidade de reação e autodefesa da própria natureza quando ela é transgredida. Assim, a saúde não se constitui como espaço autônomo ou isolado, mas refere-se às questões mais gerais das relações sociais, das relações com a natureza, da cosmologia, da organização social, do exercício do poder, etc. (LEONARDO, 2006, p. 173).

A natureza, a ancestralidade, o modo de vida e a perpetuidade do corpo/espírito são fatores majoritariamente considerados para uma terapêutica indígena à saúde. Davi Kopenawa, xamã Yanomami, expõe que sua feitura como xamã somente se deu com o objetivo de curar os seus das epidemias e dos seres maléficos (espíritos).

Faz-se isso por meio dos espíritos *xapiri* que arrancam o mal dos lugares mais profundos do corpo humano, e, com o passar do tempo, a ferocidade das doenças atingiu patamares nem sempre alcançados pelos espíritos, mas isso “não era diferente dos médicos dos brancos, que às vezes tentam tratar as pessoas com remédios que não prestam! [...]” (KOPENAWA; ALBERT, 2015, p.175-177).

A cultura indígena baseia-se em mitos, ritos e cosmologias para o gerenciamento de suas vidas e a natureza possui papel primordial nessa estrutura. “De maneira geral, os povos indígenas concebem doença como intervenção de alguma força da natureza, seja como reação da própria natureza ou por meio da ação provocadora do pajé, xamã ou benzedeiro” (LEONARDO, 2006, p. 175). É também a natureza, o termômetro para a saúde que está ligada

à concepção do viver em harmonia com territórios sagrados e resguardados de qualquer tipo de alteração e impacto.

Alarmante é constatar que o território sagrado que oferta a saúde aos povos indígenas foi usurpado e transformado de maneira irreversível, averiguando-se, na história, bruscas rupturas nas conexões com a natureza, soberana do corpo, da mente e do espírito. Aquém do espaço geográfico, rompeu-se com a experiência de vida indígena, mudando o meio social e cultural tradicional e ancestral.

E ao longo da história, os indígenas colonizados tiveram que se adequar e resistir às adversidades impostas, até mesmo nas esferas outras de suas cosmologias, “os *xapiri* só sabem combater as doenças da floresta, que conhecem desde sempre [...] hoje em dia os xamãs também precisam contar com o auxílio dos remédios dos brancos para manter essas doenças longe de nós” (KOPENAWA; ALBERT, 2015, p.176).

Leonardo (2006, p. 17) chama atenção para uma outra perspectiva ao pensarmos os nativos brasileiros, considerando a extinção de numerosos povos nativos da chegada dos europeus, para os atuais povos denominados indígenas, (0,4% da população brasileira, IBGE, 2010), “[...]a diferença não é só de tempo nem de população, mas principalmente de cultura, de espírito e de visão do mundo sobre o passado, o presente e o futuro”. As medicinas tradicionais e alternativas dos indígenas continuaram a se desenvolver, entretanto por contextos socioculturais diversos e heterogêneos, não apresentando “padrões e métodos terapêuticos homogêneos” (LUZ, 2005), conforme clama o modelo científico médico.

A cosmologia indígena e nativa é diversa, ancestral, espiritual, cultural e opera “realidades, agencia atores e mobiliza instituições” (TONIOL, 2017, p. 146), sendo definida como a “soma total de conhecimentos e práticas, sejam explicáveis ou não, utilizados no diagnóstico, prevenção ou eliminação de doenças físicas, mentais e sociais”. É um conhecimento/prática baseado em “experiências anteriores e observações transmitidas oralmente ou por escrito de geração em geração” (WHO, 2019, p.8).

Todas essas características são avessas à racionalidade eurocêntrica, e, por isso, perpetuam estigmas desde os séculos XVIII e XIX.

### 2.1.1 A Colonização do saber/poder e suas franjas

O colonialismo, segundo Santos e Meneses (2009), não é uma mera dominação de territórios e povos, como se deu em terras brasileiras ao aportarem as primeiras caravelas europeias. A prática colonial é um sistema e ao mesmo tempo um modelo para se seguir, pensar, agir e dominar, que fagocita culturas e epistemologias, aniquila subjetividades, e coloca em suas relações um “saber-poder que conduziu à supressão de muitas formas de saber próprias dos povos e nações colonizados, relegando muitos outros saberes para um espaço de subalternidade” (SANTOS e MENESES, 2009, p. 5).

Quijano (2005) apresenta que tal lógica de poder se faz por uma “universalização de pensamento” (MENEZES, 2015, p. 35) estabelecida por europeus que se consideravam de superioridade racial, biológica e cognitiva, e foram longe na sua dominação, atingindo até mesmo a identidade dos povos nativos. A imposição é de uma verdade universal que subalterniza outras perspectivas até extingui-las.

A máxima de gênese fascista “uma mentira repetida mil vezes torna-se verdade” (GOEBBELS, s.a, s.p.) é ainda hodierna nos territórios e nas “epistemologias do Sul” (SANTOS e MENESES, 2009). Aqui, naturalizou-se um pensamento estrangeiro por tanto tempo e em tantas franjas que ele se tornou soberano e único.

É ainda presente essa lógica unilateral nas diversas esferas da sociedade e, é também no tempo da modernidade que ela se reinventa, fortalece e espraia a sua atuação: experiências e produtos exclusivamente europeus; “complexo de vira-latas” (RODRIGUES, 1993); religiões e doutrinas que pregam o bem e o mal; a moralidade do ser como única forma de livrar-se do “inferno”; modelos políticos; divisão entre Oriente-Occidente, Sul-Norte, primitivo-civilizado, mágico-mítico/científico, irracional-razional, tradicional-moderno, alcançando também a saúde, bem-estar e cura dos seres humanos.

Partícipe do colonialismo, chegou no século XIX, nos países do Sul, o modelo biomédico, alavancado pelas descobertas científicas, como a anatomia humana e a prevenção de doenças. O modelo de medicina amplamente desenvolvido na Europa, foi trazido impregnado de racionalidades mecanicista, clássica e positivista (René Descartes e Auguste Comte). Nesse mesmo

momento histórico nasce a clínica, amplificada por Foucault, que, “embasada nesta episteme, impregna o imaginário médico (mesmo séculos mais tarde) na racionalidade mecânica clássica, paralelamente ao desenvolvimento das Ciências Naturais” (CAMARGO JR., 2003; CINTRA et. al., 2010, p. 143).

Em conjunto, também no século XIX, especificamente em 1845, chega ao Brasil o Espiritismo de Allan Kardec<sup>7</sup>. Antecipando o que será amplamente evidenciado no capítulo 3, a Doutrina Espírita desembarca em território brasileiro com seus moldes e princípios europeus que fundamentam toda a Doutrina e conduta moral. É exercida como caminho único que consegue livrar os seres humanos das doenças da carne e do espírito, evangelizando sujeitos, considerados pelos espíritas, de baixas moralidade, classe e estigma sociais.

Deparamo-nos assim com a perspicácia e amplitude que a lógica colonial possui e atinge, usando de muitas faces para a sua propagação e perpetuidade, seja pelas vias da medicina, seja pelas vias da religião/doutrina. É imposto com o pensamento colonial um modelo de ver, viver, analisar e cuidar das doenças, totalmente adverso ao aqui praticado.

Os conhecimentos populares para a saúde são opostos ao que fora trazido, são compostos de aspectos “sociais, emocionais e simbólicos”, sendo desempenhados por atores sociais não reconhecidos pelo sistema médico oficial (DELANI, 2019) e nem em suas cosmologias não doutrinais. Contudo, eles existem e disputam espaços de visibilidade, estando então lado a lado, espacial e simbolicamente, da medicina biomédica e das religiões brancas (como o espiritismo), pois está na cultura e na história do povo brasileiro.

As perspectivas biomédicas timbraram as práticas médicas populares de primitivas e ultrapassadas, criminalizando-as ferozmente nos séculos das luzes, mesmo que estas fossem detentoras de uma sistemática própria de funcionamento. Mesmo às margens da hegemonia da ciência médica, os praticantes da medicina popular foram responsáveis pela não exclusividade da profissão médica, privilegiada desde os séculos XVIII e XIX, resistindo com seus sistemas e visões à liquidez da modernidade.

Luz, Cintra et. al. (1992, 2010) frisam a importância de fortalecer o sistema terapêutico alternativo em sua plenitude e complexidade, pois este

---

<sup>7</sup> Temática que será amplamente tratada no capítulo 3.

engloba: uma cosmologia; uma morfologia; uma dinâmica vital; uma doutrina médica (causas, efeitos e definições do adoecer são explicados); um sistema de diagnose e uma terapêutica.

A “naturalização do pensamento europeu” (MENEZES, 2015, p. 3) exigiu também que a eficácia dos conhecimentos populares e suas práticas alternativas fosse comprovada por meio das lentes e métodos científicos da medicina dominante. Mas, como comprovar conhecimentos e práticas populares em saúde se essas genuinamente seguem racionalidades, cosmologias e culturas outras, imbuídas de espiritualidades, simbolismos, crenças, mitos?! Se não comprova, não se justifica, então só resta marginalizar?!.

É o que acontece com a prática da religiosidade, ou melhor ainda, da cosmovisão e espiritualidade dos povos tradicionais, ela é velada, escondida e muito bem guardada, como forma a proteger seus praticantes e suas liberdades individuais contra constantes violências de outras religiões, fanáticos e até mesmo do Estado. Essa ameaça deve ser alvo de análise, pois o cerne desse problema também é proveniente da chegada dos europeus ao Brasil.

A histórica criminalização pressionou os conhecimentos populares, e em muitas tentativas de comprovação de métodos, terapeutas charlatões aparecem com inovações e técnicas teatrais, atraindo a atenção e a responsabilidade de possíveis curas.

Lévi-Strauss (2017, p.179) expõe o caso de Quesalid, índio xamã da região oeste-costeira do Canadá: o índio é feito feiticeiro e logo em suas primeiras lições aprende a misturar seus conhecimentos empíricos com a “arte de fingir desmaios e crises nervosas [...]” e cuspir pedaços podres de carne do enfermo.

A confissão dada pelo feiticeiro confirma o charlatanismo, mas, conforme desvenda Lévi-Strauss (2017), todo o teatro é feito com o propósito de evidenciar aos brancos a complexa psicologia e o poderio do feiticeiro e de seus parentes, esses que não são nada simples. Ao assistir ao teatro, o doente passa a acreditar que o indígena realmente tirou seus pedaços podres, abrindo-se para a cura, se assim lhe for merecida.

Apesar da história do xamã evidenciar a farsa das práticas, frisa-se que as racionalidades indígenas íntegras se dissociam em muito das racionalidades e práticas dos charlatões, historicamente presentes em nossa sociedade. E são

estes, os farsantes, também responsáveis pelo preconceito e deslegitimação dos sujeitos detentores de saberes tradicionais à saúde.

Pimenta (2003) relata aspectos históricos do projeto e ideário que criminalizaram os agentes e suas práticas populares para a saúde no Brasil. Em 1808, foi criada a Fisicatura-mor, uma instituição responsável por conceder licenças, registros, exames, atestados e abaixo-assinados autorizando o ofício dos terapeutas.

Eram estabelecidos dois grupos: o primeiro grupo era o dos prestigiados-médicos, responsáveis por prescrever remédios; cirurgiões, responsáveis pelas “moléstias externas”; e boticários que tinham o poder da manipulação dos remédios.

O segundo grupo era constituído pelos sangradores, que utilizavam ventosas e sanguessugas; as parteiras; e os curandeiros que somente tinham liberação para cuidar das doenças “mais leves”, com plantas medicinais e rezas. Tais sujeitos já estavam separados e marcados pelo estigma “alternativo” e desprestígio. Pimenta (2003, p. 92) completa que a criminalização se apoiava no discurso higienista, desqualificando e desautorizando os conhecimentos e as práticas de terapeutas populares.

Apesar da dissociação, a resposta da sociedade era outra, pois, na prática, os papéis se misturavam em razão do elevado custo dos serviços e a ineficiência dos médicos prestigiados. Por meio de denúncias sabia-se do intenso fluxo de atendimentos dos segunda classe: as parteiras estavam receitando remédios e os curandeiros prestavam atendimentos aos sujeitos que ainda se encontravam doentes, mesmo após terem sido atendidos pelos médicos e cirurgiões da primeira classe.

As denominações de sangrador, parteira e curandeiro não abrangiam a diversidade das práticas de quem era rotulado como tal e, além disso, a oficialização da prática não era fácil e nem voluntária por parte dos terapeutas populares, apenas o faziam como garantia de segurança, tendo em vista as denúncias e perseguições que sofriam.

Em 1830, no Rio de Janeiro, a Câmara Municipal determina que “Nenhum Facultativo, Boticário, Parteira, ou Sangrador poderá curar, e exercer sua arte dentro do Município sem ter apresentado suas Cartas na Câmara onde

ficarão registradas [...]” (PIMENTA, 2003, p. 96), e o monopólio das práticas de cura oficialmente se instaura com as Faculdades de Medicina.

A desqualificação estava escrita nos ofícios promulgados pelos médicos:

[...] ainda que ignorantes, e sem princípios, como também por Escravos ainda boçais, por comissão de seus Senhores, dando assim lugar a inconvenientes bem desagradáveis, e mui tristes [...] de ordinário estúpidos africanos, que às vezes nem sabem expressar-se, principiam aprendendo a sangrar sobre talos de couves! e depois armados de pontiagudas lancetas, levam o seu ferro, muitas vezes assassino, sobre partes bastante delicadas, entremetendo-se a fazerem as mais difíceis e perigosas sangrias: então, despidos dos mais símplices conhecimentos, e com princípios tais, produzem os males de que quotidianamente somos impassíveis espectadores [...] (PIMENTA, 2003, p. 97).

Confirmam-se as premissas de Quijano (2005), Leonardo (2006) e Santos e Meneses (2009) ao determinarem a existência da lógica de poder colonial, imbuída de preconceitos e etiquetas elitistas.

Dessa forma, pontua-se que os dois sistemas médicos/terapêuticos existentes em nossa sociedade, o tradicional e/ou alternativo e o biomédico, são díspares em suas práticas, epistemologias e até mesmo nas franjas culturais, históricas e sociais dos requerentes.

Apesar da seara científica e tecnológica que o século das luzes trouxe para a sociedade, a alternatividade às práticas médicas oficiais, desde sempre operantes, despontaram significativamente durante a primeira metade do século XIX, em razão de o modelo biomédico restringir a prática da medicina e alavancar concepções mercadológicas e elitizadas na sociedade.

Com a oferta médica restrita, muitos enfermos, sobretudo das classes menos abastadas, retornam aos terapeutas não-oficializados, sujeitos por eles conhecidos e pertencentes às mesmas classes sociais, que assumiram o papel de atores e detentores de conhecimentos e saberes ancestrais para a saúde. Nas sociedades africanas, por exemplo, tais sujeitos sempre tiveram destaque, sendo os “médicos” oficiais. São os(as) anciãos(ãs) que detêm os títulos de grandes conhecedores das doenças e de suas curas. Tais sociedades acreditam que “a restrição da prática da medicina [...] é um obstáculo à produção de novos conhecimentos” (STARR, 1982; FERREIRA, 1996, p. 24).

A dificuldade de acesso à medicina mercantil também restringiu o uso dos medicamentos alopáticos, impulsionando cada vez mais a busca de insumos na natureza. O sudeste e leste asiáticos já evidenciavam há milhares de anos a



eficácia das plantas, flores e frutos para a saúde humana, invertendo a lógica alopática do modelo biomédico.

Os saberes populares e tradicionais, dos também pejorativamente chamados, feiticeiros e bruxos, pelo modelo biomédico e pela epistemologia dominante, permanecem resistindo com suas práticas, rezas e credences ancestrais, como formas de tratamento para as enfermidades, colocando em perspectiva esferas outras para o corpo físico humano e para as epistemologias das sociedades do Sul.

### *2.1.2 O resistir e caminhar descolonial no hibridismo da saúde popular*

A população que usufruía dos conhecimentos alternativos, desde a Antiguidade, considerava a prática médica uma liberdade inalienável, tanto quanto a liberdade religiosa. E dessa forma resistiram às imposições, mesmo com os esforços do modelo biomédico e da colonização do saber/poder em tentar estabelecer o monopólio das atividades de cura, [...] os terapeutas não-autorizados continuaram a exercer suas atividades e a população ainda recorria a estes, reconhecendo suas competências para tratar os males (PIMENTA, 2003, p. 100).

Em meio aos levantes revolucionários do fim do século XIX e início do XX, os contextos precários da sociedade e da saúde eram pulsantes, sendo necessária a organização de setores, grupos e ideais antes inimagináveis, exigindo muita resistência por parte dos militantes. É o caso do movimento social urbano denominado contracultura que vai rejeitar culturalmente o modelo estabelecido (LUZ, 2005, p. 153).

As crises se consolidam aos poucos, principalmente em três momentos na história, que proporcionaram a cisão entre os saberes/conhecimento da doença (*episteme*) e a arte de curar (*tékne*).

**1.º momento hipocrático (século V e III a. C.)** - período de discussões e controvérsias no pensamento médico com forte tendência à racionalização pelo estabelecimento de teorias sobre as doenças, métodos terapêuticos, papel da filosofia e da natureza da medicina. Há ainda a constituição da classe médica como portadora do saber filosófico. Oposição aos saberes mágicos, xamânicos e à natureza como força medicadora.

**2.º momento (fim do Renascimento e início do Classicismo Moderno - séculos XVI e XVII)** - a medicina se estrutura como a *episteme* superior até mesmo da técnica, proveniente da *práxis*. Busca de conhecimento sobre doenças e distanciamento da arte de curar, “diagnose é hegemônica sobre a terapêutica” (LUZ, 2005, p. 169).

**3.º momento (séculos XVIII e XIX)** - busca de drogas para as doenças, indústria farmacêutica, experimentação em corpos doentes e/ou mortos são consideradas práticas embrionárias da medicina ocidental atual. O olhar clínico sistematizador do trajeto das doenças em direção à morte, atalhado pelo fármaco ou bisturi.

Uma série de hipóteses são formuladas por Luz (2005, p. 147) ao pontuar que o desenvolvimento das “medicinas alternativas”, na atualidade, deu-se a partir de uma “dupla crise na sociedade atual: sanitária e médica, envolvendo culturalmente as relações medicina-sociedade, neste final de século” e as sociedades não estavam mais confortáveis com a forma hegemônica.

As crises se moldaram sob duas racionalidades opostas, a racionalidade médica *versus* a racionalidade terapêutica.

A primeira – do modelo hegemônico - não olha para o doente de forma terapêutica, e sim como uma doença passível de tratamento químico, exercendo o conhecimento técnico e científico. Nesse sentido, Foucault (1979) versa sobre a clínica e a medicina social que não restabelecem a saúde dos doentes individuais, mas se esforça para combater as doenças e controlar as mortes em plano coletivo (LUZ, 2005).

Já a segunda – das medicinas alternativas - possui uma racionalidade terapêutica que visa ao equilíbrio harmônico, pelas vias da saúde, em seu conceito mais amplo, pela arte de curar exercendo saberes alternativos e tradicionais, não considerados como científicos na sociedade civil.

Atualmente, a herança do 3.º momento, pontuado por Luz (2005), é a que perpetua na sociedade moderna científica ocidental, sem deixar de glorificar os fortuitos avanços e pesquisas da medicina científica, que consegue diagnosticar, tratar e avançar sobre os famigerados males que assolam os corpos humanos, principalmente, doenças transmissíveis, crônicas

(cardiovasculares, neoplasias, diabetes, respiratórias) e causas externas (violência e acidentes).

São fundamentais a história e os adventos da medicina científica para a vida humana, mas há de se evoluir na perspectiva que sustenta todo o modelo biomédico. Assim como olhar para a totalidade concernente à vida humana e seus percalços, desencadeados pela má qualidade de vida ofertada pelo industrial-urbano (precária alimentação, estresse, poluições e riscos sociais e ambientais).

Compreende-se que o contexto das sociedades modernas exige uma nova direção para o *modus operandi*, estabelecendo que a distinção entre a medicina científica ocidental moderna e a medicina alternativa e complementar não é apenas instrumental, acadêmica e médica, ela é histórica, cultural e social (ALI e HUSSAIN-GAMBLES, 2005). Ou seja, a temática dos cuidados com a saúde humana é somente um ponto de atenção na grande revolução que se espera para a sociedade.

As práticas e os saberes tradicionais/alternativos em saúde e suas abordagens são considerados, ainda hoje, atrasados, perigosos e ignorantes. Isso acontece, pois tais perspectivas alternativas não estão em conformidade com os paradigmas ocidentais da medicina científica e da ciência ocidental como um todo. Além de os argumentos serem polarizados também são alimentados pela criminalização e imposição histórica do pensamento e poder coloniais.

A possibilidade de unir as duas perspectivas médicas fornece inúmeros benefícios à sociedade. O primeiro deles é o redirecionamento do foco da medicina, atualmente centrada no médico, para uma abordagem centrada no paciente. “Em um mundo ideal, a medicina tradicional seria uma opção oferecida por um sistema de saúde centrado nas pessoas e em bom funcionamento que equilibra os serviços curativos com cuidado preventivo” (WHO, 2019, p. 10).

A ampliação (pensar holístico) de diagnósticos e prognósticos aos pacientes (sobretudo grupos em fase terminal, doenças crônicas ou incuráveis, doenças mentais e psicóticas) e a consciência para a administração de medicamentos, levando em conta que, quando a medicina alopática não funciona e/ou é agressiva, os homeopáticos e fitoterápicos são os mais procurados, e a automedicação pode ser prejudicial ao quadro do enfermo.

A OMS (2019) afirma tais pressupostos e considera benéfica a aliança entre os dois sistemas, da medicina convencional e da medicina tradicional complementar, assim como potenciais frente aos desafios que a saúde enfrenta e enfrentará no século 21.

Propõe-se, assim, um 4.º momento nas formulações de Luz (2005), de modo a avançar para as perspectivas holísticas das alternativas (corpo, mente, espírito), revolucionando estigmas, modelos de vida e pensamentos impostos, ou seja, descolonizar. Trata-se, não apenas, de subsidiar perspectivas para as práticas e cuidados à saúde humana, mas também romper com a cristalizada sociedade do consumo e das futilidades instantâneas, de forma a atender às súplicas do planeta que não mais se sustenta, e dos seres humanos, por completo, doentes.

Enfatiza-se a necessidade de recuperar, dentro das práticas em saúde, o social e o cultural vernaculares (como dimensões que moldam inevitavelmente a doença, os tratamentos e a cura), com o intuito de resolver os problemas de saúde insolúveis pela medicina científica, e nesse sentido, ao recorrer à história e saberes médicos “populares” e “primitivos”, possibilitar o resgate de percepções perdidas no decorrer da história (QUEIROZ, 1986, p. 309) e atender à lógica proposta por Santos e Meneses (2009) que denuncia “o sofrimento, a exclusão e o silenciamento de povos e culturas que, ao longo da História, foram dominados pelo capitalismo e colonialismo”.

A medicina tradicional e popular é, portanto, parte da cultura de um povo e a simbiose entre cultura e medicina popular é evidente e de ordem natural. A cultura é dinâmica e está em constante evolução na sociedade, da mesma forma, as práticas da medicina popular e tradicional seguem o fluxo, haja vista o crescente interesse da sociedade na Medicina Tradicional Complementar (MTC).

A modernidade e sua rapidez avassaladora propulsam impactos e conflitos aos povos menos abastados, como os colonizados e suas “epistemologias do Sul” (SANTOS e MENESES, 2009, p. 12). O perpétuo pensar e modelar das sociedades, divididas em “modernidade (caminho único para o desenvolvimento) e tradição (caminho para o atraso e retrocesso)” (MENDONÇA, 2019, p.138) está em xeque. Mas, de fato somente se concretizará se a revolução e promoção da (de)colonialidade/descolonização do

pensamento e do poder começar a ser vivenciada. É pelas vias da “desobediência epistêmica” (MENDONÇA, 2019, p. 139) ao “cânone ocidental” que o “pensamento de fronteira” se instaurará (GROSFOGUEL, 2009).

Almeja-se extrapolar o pensamento ocidental eurocêntrico, enriquecendo as sociedades com outras concepções, fugaz de um “dualismo novo e radical” (QUIJANO, 2005, p.138) que pretende dar continuidade à fragmentação de corpo, mente e espírito, natureza e sociedade.

Imagina-se a formação de um mundo pluricultural, riquíssimo, de não-modernidade segregatória, e, sim de tradição, de conhecimento vernacular, aquele que não passa na chancela da Ciência Moderna, que não está inscrito nos postulados do Max Sorre, que não está nas leituras muito interessantes, muito aplicadas, baseadas em técnicas, mas está na existência, está na realidade expressa na doxa (MENDONÇA, 2019).

No entanto, como operar isso, já que a resistência é constante desde os tempos antigos? Fazendo uso da própria roupagem da modernidade/pós-modernidade, mesmo que o risco de permanecer no mesmo padrão seja eminente.

Será pelo engrandecer de epistemologias e pensamentos de fronteiras, que se descolam de epistemologias fundamentalistas - seja as do Sul ou as do Norte, e até mesmo as da esquerda ocidental – que bebe de fontes provenientes de diálogos críticos, políticos, éticos, e de bem-estar, apontando para um mundo pluriversal de acurácia do Sul Global e de corpos e lugares étnico-raciais/sexuais subalternizados (GROSFOGUEL, 2009).

As medicinas alternativas e os conhecimentos populares subalternizados também serão, por via desses preceitos, evidenciados de uma forma nunca vista, pois sujeitos, sobretudo, jovens, elitizados e urbanos, estão em busca de autoconhecimento e de uma saúde que transcenda o corpo físico, campo de ação da medicina científica. Almejam a saúde para o que não se enxerga, na perspectiva de encontrar um trajeto à cura para o que se enxerga e se sente. Mas muito mais que saúde, a busca é por uma ampliação de consciente, quase como uma experiência transcendental.

A oferta de tudo isso existe, infelizmente, em maioria, de forma mercadológica e nos centros urbanos, compatível com o modo de viver capitalista-industrial. Mas, verifica-se, ainda que de forma incipiente, a

legitimação e valorização dos detentores dos saberes populares sobre a saúde, estes que destinam suas vidas, de forma ética e verdadeira, à arte de curar.

## **2.2 O Centro-Moderno-Visível e a Periferia-Tradição-Invisível: as perspectivas da Geografia e da saúde alternativa como luzes para o invisível**

### *2.2.1 Da Geografia Médica para a Geografia da Saúde*

A Geografia fornece à sociedade lupas que viabilizam a leitura dos processos sociais e naturais concernentes aos espaços, paisagens, lugares e territórios. Suas epistemologias foram com o tempo se moldando, sobretudo com o advento da modernidade, que intensificou as relações sociais na lógica capitalista-industrial-urbanizada.

As necessidades das sociedades e o comportamento dos indivíduos e suas relações também foram intensificados com o meio-técnico-científico-informacional, criando complexas estruturas a serem desvendadas pelos cientistas das sociedades. Os percalços da vida adoecida nos espaços são, majoritariamente, moldados e configurados pelas lógicas de poder do Estado, sendo essas questões de sumo interesse à Geografia.

Peiter (2019, p.74) coloca que “o geógrafo é um trabalhador em equipe” que, ao requerer a transdisciplinaridade, consegue subsídios para suas diversas áreas do conhecimento, como para o campo da Geografia da Saúde, que está em construção e necessita de estudos da percepção além das análises quantitativas.

A Geografia da Saúde possui, desde sua concepção como ciência, a lógica do pensamento colonial e ocidental de pensar os processos saúde-doença, tanto que era chamada de Geografia Médica ou das Doenças, voltando-se muito mais para as doenças do que para a dimensão holística da saúde.

Uma primeira sistemática à Geografia Médica aconteceu com as topografias médicas as quais eram compostas de descrições e espacializações (mapas e quadros detalhados) das doenças, servindo como uma rede de informações que beneficiou navegadores e colonizadores europeus (DIAS e MENDONÇA, 2020). Os estudiosos que aqui chegavam tinham a função de

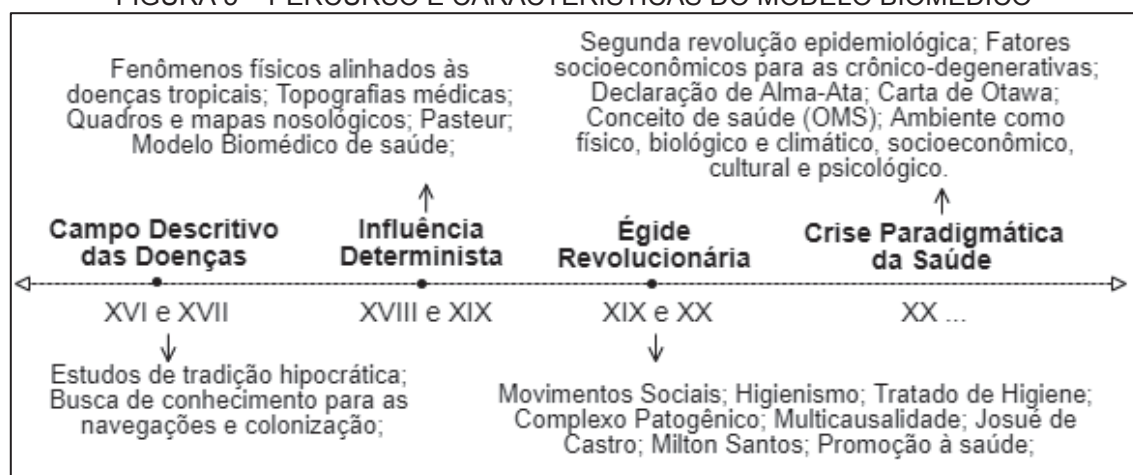
observar, anotar e, posteriormente, descrever as especificidades do ambiente tropical em documentos oficiais. Tal exercício também tinha o intuito de prevenir os homens brancos de possíveis enfermidades no território selvagem dos indígenas.

Com o desembarque dos colonizadores europeus nos séculos XV e XVI, chegaram também as doenças infecciosas como varíola e tifo. Gurgel (2011) estima que entre 1563 e 1564, foram 30 mil os mortos em três meses e cerca de 50 milhões de índios em três séculos.

Já entre os séculos XVIII e XIX, os estudos da Epidemiologia começaram a ganhar força, e esse conhecimento que ainda opera sob os moldes eurocêntricos, vai dar o tom para a consolidação do modelo biomédico existente até hoje na sociedade. Contudo, as discussões situadas nessa área, segundo Bousquat e Cohn (2004), colocam o espaço como palco para a construção da sociedade humana que se une à medicina que, nesse período, afirma a presença de agentes biológicos (oriundos do espaço, especificamente o físico) como explicativos das doenças (DUTRA, 2011).

É possível vislumbrar, com o auxílio de Berman (1986), quatro grandes momentos/perspectivas (FIGURA 5) que moldaram a Epidemiologia e a Geografia Médica/Saúde:

FIGURA 5 – PERCURSO E CARACTERÍSTICAS DO MODELO BIOMÉDICO



FONTE e Org.: DIAS, M.A. (2021).

Nos últimos 100 anos, a saúde vem sendo definida mundialmente em termos de ausência de doenças, em consequência do acúmulo e do avanço de uma imensa produção de conhecimento médico e tecnológico que consolidou uma referência paradigmática biotecnológica (FERRAZ, 1998).



Com a entrada do século XX, novas perspectivas despontam para a Geografia Médica, e os estudos de Max Sorre contribuem para a construção de um paradigma que permite a abordagem da dimensão geográfica das doenças (DIAS e MENDONÇA, 2020).

O reconhecimento da Geografia Médica, dentro também da grande área da Geografia Humana, fornece a ampliação dos estudos, descortinando que há na sociedade a interação das doenças não só com o meio natural, mas com o meio social também. Os prismas de análise das doenças angariam para si os constituintes da multicausalidade, enxergando no ser humano dimensões antes não colocadas em análise: física, química, biológica, ambiental, política, econômica e social, e o ser humano é posicionado dentro de um complexo 'biopsicossocial' (BARATA, 1985).

Somente com a quebra de paradigmas e a autorreflexão acerca da Geografia que se fazia (ciência das áreas, da relação ser humano e meio e ciência do estudo do planeta), foi possível avançar em perspectivas à sociedade de forma ampla, respeitando a complexidade de sujeitos e lugares (humanística, geografia crítica). A ciência geográfica por muito tempo debruçou-se sobre a mera localização e quantificação humano-natureza, e quando das revoluções sociais, foi obrigada a avançar, posicionar-se e (re)pensar o seu lugar.

A Geografia Médica também foi repensada a partir de três fatores que iluminaram os caminhos para a mudança: Josué de Castro e sua obra *Geografia da Fome* (1946), o Congresso Internacional de Geografia, Lisboa (1948) e a mudança do conceito de saúde dentro da OMS que era encarada como a ausência de doenças.

Mas, a vertente eurocêntrica positivista ainda fortalecia as discussões e embates de cientistas prós a uma "despolitização" da Geografia, que deveria ser uma ciência a evoluir em técnicas para uma matemática espacial, priorizando rigores metodológicos em detrimento do desenvolvimento epistemológico (DIAS e MENDONÇA, 2020). Essas características pertencem à abordagem Pragmática e Quantitativa da Geografia que se pôs a serviço de sistemas ditatoriais e prejudicou a sociedade de diversas maneiras e, por muito tempo, atingiu também a saúde da população, que vivia em condições insalubres. Esse cenário problemático motivou o despertar da Geografia Crítica na década de 1970.

Com a eminente necessidade de mudança, muitos geógrafos críticos enaltecem a necessidade de uma Geografia que se direcione para a saúde e não somente para as doenças determinadas no espaço, em uma perspectiva que não enxergue os conceitos de doença, cuidados médicos e saúde, em um vazio sociocultural, institucional e político.

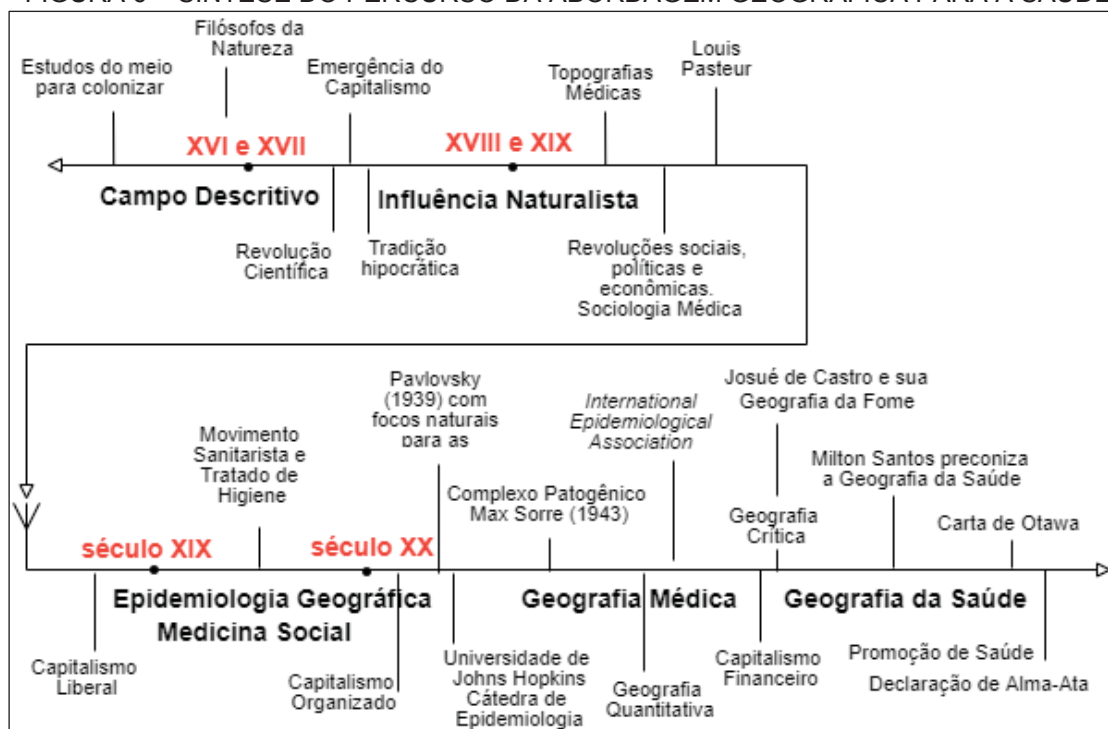
Milton Santos é um dos expoentes que priorizará a análise da interação entre o social e o ambiental, fomentando uma Geografia, para a saúde e não para as doenças, que se verta para o complexo inteiro do “pleno estado de bem-estar físico, mental e social”.

Com a força da Geografia Crítica, no Congresso de Moscou em 1979, a Comissão de Geografia Médica da União Internacional de Geógrafos (UGI) motiva a mudança do termo Geografia Médica para Geografia da Saúde, compreendendo que Saúde integraria os conteúdos e abordagens da Geografia Médica e da Geografia dos Serviços Sanitários. Os motivos que levaram a essa nova configuração: A nova compreensão da OMS para o conceito de saúde; A transformação econômica gerada pelas indústrias e pela urbanização; O advento de novos procedimentos metodológicos; A emergência da noção de ambiente; A emergência da qualidade de vida; A transformação da saúde em um campo político, pela entrada de outros atores na discussão (OLIVEIRA, 1998; DIAS e MENDONÇA, 2020, p. 271).

A chegada da Geografia da Saúde é marcada por diversas conjunturas, e ela não se dá em um momento específico. O percurso (FIGURA 6) que direcionou os estudos da mais nova Geografia da Saúde, e não mais das doenças, foi vagaroso. Contudo, desde a década de 1970 até agora, no século XXI, ainda se encontram geógrafos da saúde limitados a abordagens quantitativas e pragmáticas, desconsiderando a participação dos sujeitos no processo.

A atual Geografia da Saúde ainda está à mercê de modelos quantificáveis e isso não a prejudica, mas “faltam nesses modelos as relações sociais, e a posição do sujeito dentro do espaço social e não somente no espaço geográfico” (PEITER, 2019, p.76), ou seja, faltam as análises qualitativas, as falas, as escutas, a subjetividade e o diálogo com os sujeitos.

FIGURA 6 – SÍNTESE DO PERCURSO DA ABORDAGEM GEOGRÁFICA PARA A SAÚDE.



FONTE e ORG.: DIAS, M.A. (2021).

Oliveira (1993) já refletia sobre a matriz de estudos geográfico-médicos na década de 1990, e confirmou que a Geografia da Saúde desse momento está fundamentada na perspectiva Pragmática e Quantitativa. A demanda é para os serviços hospitalares e a necessidade de quantificar a distribuição dos equipamentos sanitários.

Considera ainda que as teorias, os métodos e os paradigmas perfilhados para os estudos da Geografia Médica/Saúde são predominantemente quantitativos, algo que enriquece o uso de técnicas e dados à saúde, mas seria algo mais próximo do que era antes da década de 1970, ou seja, um retrocesso para as doenças e suas espacializações.

Mas, há de se considerar também que o campo atual de discussão da Geografia da Saúde se apoia no modo com que a Saúde, institucionalizada, está construída nos países e no mundo - predominantemente relacionada as pesquisas e métodos quantitativos.

Para confirmar as ideias de Oliveira (1993), o estado do conhecimento para a abordagem da Geografia da Saúde foi realizado. Tal exercício compreendeu os trabalhos publicados nos eventos de Geografia da Saúde

(Geosaúde - TABELA 3); e o Banco de Teses e Dissertações da CAPES. A busca se deu para o período entre 2010 e 2019<sup>8</sup>.

TABELA 3 - TRABALHOS PUBLICADOS NOS EVENTOS DE GEOGRAFIA DA SAÚDE (2011, 2013, 2015, 2017, 2019)

Ano/Local	Eventos	Formas de apresentação dos trabalhos	N.º de trabalhos analisados
2011 Recife/PE	V Simpósio Nacional de Geografia da Saúde e II Fórum Internacional de Geografia da Saúde	Trabalhos Completos (Comunicações Orais e Painéis)	159
2013 São Luís/MA	VI Simpósio Nacional de Geografia da Saúde e o III Fórum Internacional de Geografia da Saúde	Trabalhos Completos (Comunicações Orais e Painéis)	102
2015 Brasília/DF	VII Simpósio Nacional de Geografia da Saúde e o IV Fórum Internacional de Geografia da Saúde	Trabalhos Completos (Comunicações Orais e Painéis)	111
2017 Dourados/MS	VIII Simpósio Nacional de Geografia da Saúde e V Fórum Internacional de Geografia da Saúde	Trabalhos Completos (Comunicações Orais e Painéis)	142
2019 Blumenau/SC	IX Simpósio Nacional de Geografia da Saúde	Trabalhos Completos (Comunicações Orais e Painéis)	117
<b>TOTAL</b>			<b>529</b>

FONTE: Pesquisa direta aos eventos. Org.: DIAS, M.A. (2020).

Foram encontrados e analisados 529 artigos científicos publicados nos eventos de Geografia da Saúde. Com a categorização, foi possível averiguar que a abordagem mais utilizada é a **humanística** (275 trabalhos), contudo, a diferença é singela, em comparação à abordagem **quantitativa** (254 trabalhos).

O critério de análise considerou, para a humanística<sup>9</sup>, trabalhos condizentes com as seguintes temáticas/discussões: epistemologias e teorias no campo das políticas públicas, serviços, vigilância, promoção e prevenção, educação em saúde, alternativas e práticas tradicionais.

Já para a abordagem quantitativa, consideraram-se trabalhos sobre: mudanças ambientais, desastres e vulnerabilidade social, riscos e

<sup>8</sup> Dutra (2011) realizou uma vasta compilação dos trabalhos de Geografia da Saúde e Geografia Médica e compreendeu o período de 1987 até 2009. Assim, optou-se por seguir os mesmos critérios e refinamento<sup>8</sup> de busca, de forma a atualizar os resultados obtidos pelo autor.

<sup>9</sup> Categorização incipiente já que é sabido que existem trabalhos que estão relacionados a esses temas que podem estar relacionados a outros métodos científicos também.

vulnerabilidades e suas métricas, uso das geotecnologias, abordagens e métodos específicos (índices, correlações).

Positivamente, em muitos trabalhos, as duas abordagens são utilizadas, mesmo que ainda haja a predominância de uma ou outra. Em contrapartida, verificou-se a necessidade de ampliação teórica e interdisciplinar nas coletas e análises de dados, indicadores e determinantes.

Em relação aos trabalhos da pós-graduação, no portal de periódicos da CAPES, buscaram-se as palavras-chave “Geografia Médica” e “Geografia da Saúde”. Assim foi feito, pois a perspectiva se altera ao considerar uma ou outra, estando a primeira, Médica, mais próxima de estudos sobre doenças e conceitos de saúde mais restritos, por exemplo, raramente considerará a dimensão da espiritualidade nos estudos, e a segunda, Saúde, está mais alinhada com a perspectiva holística do conceito reformulado pela OMS. Assim, a busca resultou em um total de 116 trabalhos (APÊNDICE 1), que se distribuem em 28 teses e 88 dissertações em diversos cursos e instituições de ensino.

É presente o uso do sufixo “Médica” em 10 dissertações e 4 teses da Geografia e, em 4 dissertações e 3 teses pertencentes a outros cursos (História, Odontologia, Nutrição, Ciências da Saúde, Saúde e Desenvolvimento, Saúde e Desenvolvimento da Região Centro-Oeste). A maioria dos estudos de pós-graduação (95 trabalhos) já faz uso do termo “Saúde”. Desses, 77 são em cursos da Geografia, 18 são de outras áreas, como a Odontologia, Sistemas de Informação, Saúde Coletiva, Gestão do Território, História, Nutrição, Ciências da Saúde, Veterinária, Biologia Molecular, Saúde e Desenvolvimento, etc., expondo a riqueza interdisciplinar do debate, o refinamento teórico, por considerar a atualidade do termo (saúde) e as possibilidades para a saúde e suas práticas.

Ao analisar os estudos, reforça-se a necessidade de epistemologias e métodos provenientes das áreas das Ciências Sociais e Culturais, pois com maestria elas detêm técnicas que direcionam o olhar para as relações sociais e seus sujeitos, algo que fortaleceria os estudos qualitativos da Geografia da Saúde. Notou-se ainda, nos trabalhos de pós-graduação, a menção aos conceitos de promoção e prevenção de saúde. A entrada da perspectiva da promoção da saúde e da prevenção veio consagrada em documentos oficiais e compromissos de órgãos internacionais. Assim, tais perspectivas também

deveriam ser colocadas dentro dos contextos estudados pela Geografia da Saúde.

Cabe também à Geografia, como ciência social, estudar as relações entre a sociedade e a natureza, analisar a forma como a sociedade atua, criticando os métodos utilizados e indicando técnicas e formas sociais que melhor mantenham o equilíbrio biológico e o bem-estar social. Ela é uma ciência eminentemente política, no sentido aristotélico do termo, devendo, então, indicar caminhos à sociedade, nas formas de utilização da natureza, os seus serviços e as relações de poder (ANDRADE, 1987).

A Geografia da Saúde se apresenta com preocupações emergentes e características do seu sufixo: o equilíbrio biológico, o bem-estar social, a não desigualdade social, a disponibilidade ampla dos serviços de saúde e qualidade de vida, etc. Esses elementos fazem parte do seu contexto, não sendo mais possível isolar fenômenos e optar por uma ou outra corrente teórica para o desenvolvimento da discussão geográfica sobre a saúde humana. Vislumbra-se ainda um cenário promissor para as discussões na Geografia da Saúde se elas se aproximarem da subjetividade que as perspectivas cultural e etnográfica fornecem.

### *2.2.2 Os Lugares da Tradição para a Saúde*

A relação das dimensões espaciais e dos fenômenos associados à saúde humana são latentes para a Geografia da Saúde que, com seus instrumentos, pode revelar dinâmicas e configurações socioespaciais. Mas, em potência, a Geografia como um todo tem um grande desafio: efetivar o pensamento descolonial de forma concreta no espaço geográfico, não apenas em teorias. Essa possibilidade se faz presente na discussão das medicinas alternativas e suas práticas populares sobre a saúde. O Brasil é um grande campo para estudos de caso sobre as medicinas alternativas e populares, pois aqui estão os povos detentores de cosmologias singulares para o entendimento e gerenciamento de cuidados à saúde, são os povos da tradição e do vernacular.

Estes foram e ainda são constantemente aniquilados pela ordem e estrutura colonial aqui impostas há muito tempo e será por meio dela que a existência também será enunciada.

As benzedeiras, as parteiras, os erveiros, raizeiros, os pais e mães de santo, etc., são atores sociais que fazem uso de intervenções terapêuticas pautadas em seus conhecimentos ancestrais e nativos. Os seus lugares são de pertença à terra, à comunidade e aos saberes advindos desses dois. Atrêlados às práticas tradicionais para a saúde, há os conhecimentos trazidos pelos que aqui chegaram, os brancos europeus, mas também pelos africanos, diversos agrupamentos indígenas fronteiriços e tantos outros em constante fluxo migratório no país, resultando, assim, em um hibridismo epistemológico e cultural.

A medicina tradicional indígena, a popular, a xamânica, a africana, a ayurveda, a chinesa, etc. são vivenciadas no território brasileiro cotidianamente e de forma intercalada. É o sujeito católico que acende vela para o Orixá, coloca copo com café para Santo Antônio, recebe passe no centro espírita, busca aconselhamentos específicos em terreiro de Umbanda/Candomblé, faz meditação/yoga, toma chá para dores, espalha plantas pela casa para afastar mau olhado e purificar as energias, entre tantas outras práticas.

Seus conjuntos são de “elementos rituais (oratórios, baralho de cartas, caixa de esmolas, bugigangas, altar, livros, imagens de santos, galinhas, raízes, etc.)” e de uma “dinâmica ritual (sessões, consultas, rezas, assobios, ataques, cerimônias, passes, etc.)” (GIUMBELLI, 1997, p. 104).

Suas posições no espaço social lhe conferem poderes, de capital cultural, social e simbólico, geralmente pelo “prestígio, fama, reputação, etc. que é a forma percebida e reconhecida como legítima das diferentes espécies de capital” (BOURDIEU, 1989, p.135).

Todas essas múltiplas perspectivas também são reveladas no espaço geográfico do Brasil, pela interpretação de lugares do Moderno, *versus e/ou* imbricados com os lugares da Tradição e, com estudos *in loco*, em escalas de detalhe, que auxiliam na compreensão das minúcias envolvidas nas terapêuticas dos médicos populares.

São noticiadas, desde a década de 1980, as feiras populares urbanas, sendo o “erveiro” (vendedor de plantas medicinais) o agente da cura daqueles lugares. O aparecimento na grande imprensa escrita e televisiva, de reportagens frequentes sobre os efeitos curativos de terapias ou práticas terapêuticas não



convencionais, denota um aumento da procura delas por um número significativo de pessoas (LUZ, 2005, p. 154).

Luz (2005) expõe que a arte de curar, realizada desde os séculos passados, não acontecia com o objetivo de restabelecer a saúde individual dos doentes, mas combater as doenças e mortes coletivamente, assim, tem-se a consagração de uma medicina social, notoriamente exposta por Foucault (LUZ, 2005), ou de forma sul-epistêmica *ubuntu*, “eu sou porque somos”, “relações interpessoais e procura de uma harmonia cósmica” (TAVARES, 2012, p.186). Essa visão é diferente das representações da saúde e da doença na cultura ocidental.

O conhecimento ocidental sobre o corpo é fragmentado em redutoras perspectivas teóricas, que configuram os campos de conhecimento biológico, psíquico e social. Na abordagem contemporânea do adoecer, destaca-se a supremacia da ordem biológica, que conformou a constituição da medicina moderna. Na organização das práticas, na formação dos recursos humanos, resta pouco espaço para a consideração das dimensões psíquicas e sociais do adoecer (CZERESNIA, 2003, p. 20).

Em acordo, Grewehr et. al. (2017) acertam ao denunciar a exclusão, e talvez a recusa, da medicina científica em tratar a esfera subjetiva de seus pacientes, objetivando-os, depreciando sua cultura, história e experiência. A outra face dessa perspectiva encontra-se, por vezes, no saber popular das medicinas alternativas, características de conforto e bem-estar espiritual e mental, nem sempre encontrados na rigidez dos tratamentos e abordagens da medicina moderna científica.

Para Grisotti (1998, p. 55), a medicina popular é definida como o conjunto de técnicas de tratamento utilizado por especialistas não reconhecidos pelo sistema médico oficial, do campo biomédico, que comprova e tecnifica práticas e sujeitos (TONIOL, 2017; TAVARES, 2012).

Os agentes e usuários da medicina popular estão circunscritos ao campo dos contextos mágico-religiosos e da Tradição, do vernacular. Esse lugar e também território, por vezes não considerado pela ciência ocidental, oferta, além dos confortos, a preciosa significação para as doenças e para o adoecer, ou seja, possibilita a compreensão íntima do ser e estar no mundo.

A crescente busca por medicinas alternativas, em contramão à medicina científica ocidental, conforme já mencionado por Luz (2005), está transformando perspectivas na América Latina inteira, com três principais saberes/grupos em franca notoriedade: 1. medicina xamânica/indígena/nativa; 2. medicina afro-americana; 3. medicina de sistemas complexos (exemplo: Ayurveda, Tradicional Chinesa).

Antigo e resistente, apesar dos embates culturais sofridos, o primeiro grupo, da medicina tradicional indígena, xamânica ou não xamânica, é plural e “[...] instituída como um sistema que prega a harmonia entre ser humano e natureza” (GEWEHR et. al., 2017, p.39), compreendendo que o adoecer tem sua origem na desproporção dos elementos fundamentais da vida. Contudo, a medicina xamânica tem sido ressignificada com a entrada de outras perspectivas, como pela naturologia, que em suas práticas, na maioria das vezes, não considera as origens indígenas, mas sim uma forte influência advinda do esoterismo europeu e do *ethos* Nova Era (STERN, 2019).

O segundo, da medicina afro-americana, é também plural e tem como fundamental apoio a dimensão da espiritualidade, com práticas marcantes de receitas, rezas e oferendas, que o povo de santo faz com intensidade psíquica para a realização dos desejos. Mas há endereços específicos para esses pedidos, não se pede para qualquer espírito, e aí entra o papel dos pais e mães de santo. Cada grupo africano trazido à força para o Brasil chegou com uma cultura e fazer para a saúde, e tais configurações espaciais evidenciam a diversidade dos saberes, que com o tempo se miscigenou e agregou outras formas.

O último grupo, dos sistemas complexos, é predominante do ayurveda e da medicina tradicional chinesa. Esses dois estão há bastante tempo no território brasileiro e aqui também ganharam perspectivas outras, o que em certa medida alterou e simplificou a complexidade dos sistemas, resultando-os em pequenas práticas, como a acupuntura (chinesa) e a alimentação por *doshas* (ayurveda).

Esses três principais grupos não podem ser postos em uma mesma compreensão, pois eles são plurais e complexos em suas culturas e simbologias, mas possuem o mesmo paradigma básico e raízes culturais profundas para o

trato das doenças, não mais como a enfermidade do corpo físico, mas a doença que atinge e reflete todos os segmentos do corpo e da vida humana.

Luz (2005) atenta para a necessidade de se olhar um pouco mais de perto essas “medicinas alternativas”, dada sua grande diversidade interna, bem como sua forma diferenciada de inserção e enraizamento na cultura dos países latino-americanos. De forma a não naturalizar e/ou simplificar as práticas que não são “equiparáveis às doenças ocidentais” e são “atos terapêuticos gerados no interior dos sistemas médicos indígenas” (LUZ, 2005, p. 155).

A cura tem a mesma lógica, só é possível obtê-la se ela for significada, vivida, percebida e, até mesmo merecida, apresentando-se por formas e conjecturas diversas: religiosidade, espiritualidade, ritos, símbolos, transcendências, etc.

Nas FIGURA 7, FIGURA 8 e FIGURA 9 é possível ampliar a percepção para as outras racionalidades médicas, com as medicinas populares e práticas alternativas brasileiras, capazes de atingir a alma dos sujeitos.

FIGURA 7 – GARRAFADAS E ERVAS MEDICINAIS EM MERCADOS/FEIRAS POPULARES DO BRASIL.



FONTE: Raízes, 2018 (imagem 01); DIAS, M.A., 2019 (imagem 02). Org.: DIAS, M.A. (2019).

As garrafadas são preparos à base de plantas, raízes, cascas, sementes, folhas e frutos, ingredientes estes, sobretudo, retirados das matas pelos erveiros, mateiros e/ou raizeiros. Os sábios que preparam essas poções são conhecedores das propriedades terapêuticas de cada insumo, mas são

enfáticos ao alertar que a eficácia só será alcançada se o enfermo acreditar. A garrafada (01) exemplificada na foto foi feita por uma mulher, evidenciando outro contexto, o de ressignificação e território para o gênero feminino, já que a produção de garrafadas é majoritariamente produzida pelos homens.

O preparo dos remédios (FIGURA 8) acontece desde o momento da escolha (01) e colheita (02) dos insumos, até a finalização das caldas, xaropes, sabonetes, chás, pomadas (03 e 04). E é no campo que as rezas começam, pede-se licença para entrar na mata, assim como para se retirarem caules, frutos, ervas, etc. Tira-se apenas o necessário, para que nunca falem remédios e para que a natureza consiga fazer a reposição de acordo com seu ciclo e tempo. Nota-se a consciência ambiental e o respeito à biodiversidade, encarada como mantenedora de remédios, ou seja, do bem-estar e da saúde dos povos que ali vivem.

Erveiros e raizeiros normalmente operam segundo uma Ciência própria aprendida com os ancestrais que compreende elementos como “plantas complementares”, “planta quente”, “planta fria”, “planta de homem”, “planta de mulher”, “planta de criança”, etc. (BRANQUINHO, 2007). Essas características das plantas estão presentes tanto no discurso dos povos indígenas brasileiros como no sistema do ayurveda.

As plantas medicinais, oficialmente, têm seu acesso assegurado na Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos<sup>10</sup> (PNPMF), mas isso não impede a ampla comercialização desses produtos nos mercados populares.

---

<sup>10</sup> Por meio do Decreto n.º 5.813, de 22 de junho de 2006.



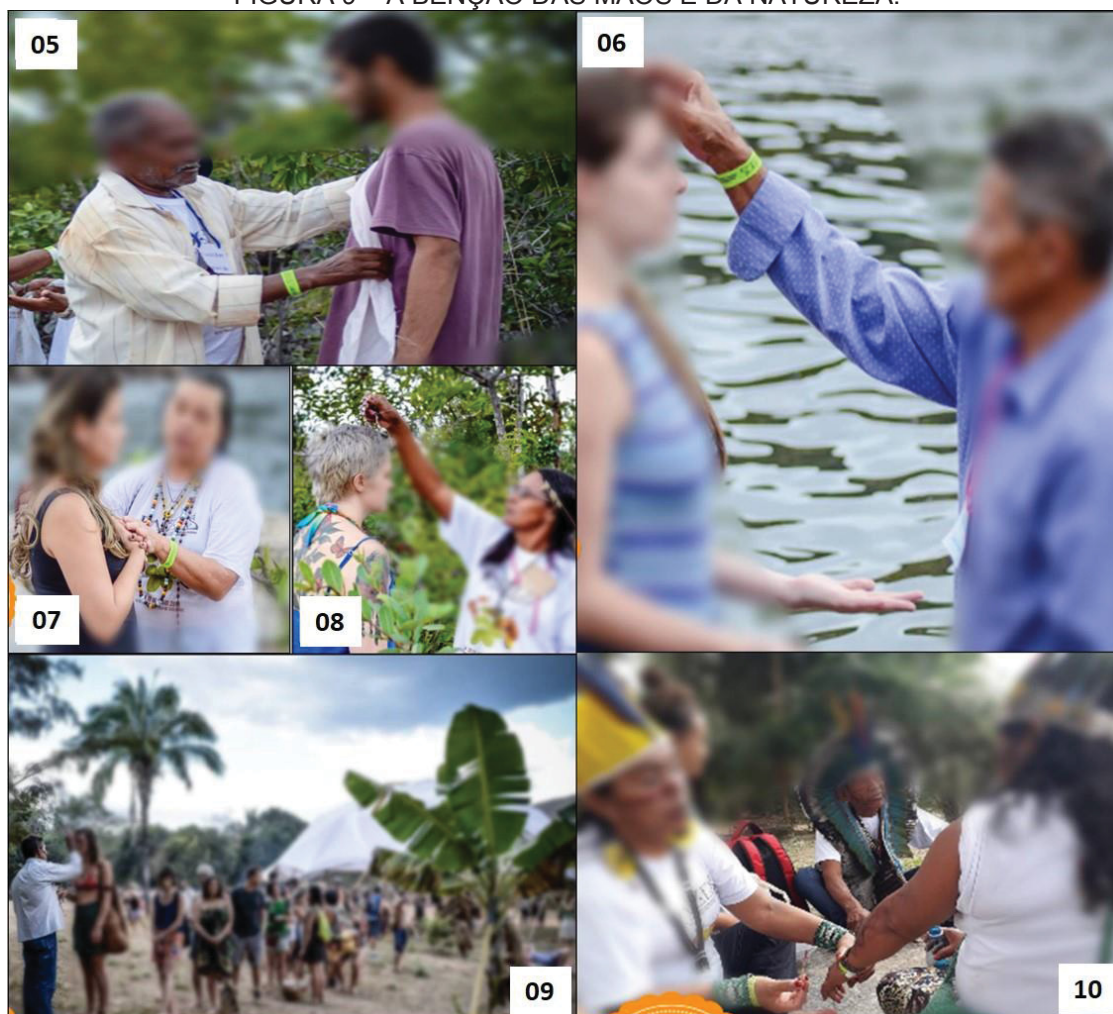
FIGURA 8 – PRODUÇÃO DE REMÉDIOS NATURAIS.



FONTE: Raízes, 2018 e 2019. Org.: DIAS, M.A. (2019).

Elementos naturais e sobrenaturais habitam essas representações (FIGURA 9) desde tempos imemoriais, provocando os sentidos e impregnando a cultura e os espíritos, os valores e as crenças dos povos. Sentimento de culpa, medos, superstições, mistérios, envolvendo o fogo, o ar, a terra, os astros, a organização da natureza, estão indissoluvelmente ligados às expressões da doença, à ocorrência de epidemias, à dor, ao sofrimento, às impressões de desgaste físico e mental, à visão da deterioração dos corpos e à perspectiva da morte (LE GOFF, 1997).

FIGURA 9 – A BÊNÇÃO DAS MÃOS E DA NATUREZA.



FONTE: Raízes<sup>11</sup>, 2019 (imagens 05, 06, 07, 08, 09). A autora, 2019 (imagem 10). Org.: DIAS, M.A. (2019).

A medida do pulmão e do tórax pela faixa de algodão (05) auxiliam no diagnóstico e na direção da bênção. O contato com a natureza e a bênção das águas (06) têm o poder de transformar a energia e limpar o corpo. O sincretismo religioso é representado por guias e escapulários; o toque ao peito/coração opera o alinhamento dos *chackras*<sup>12</sup> (07 e 08); a fila para as benzeções (09) e limpeza (FIGURA 10) evidencia a elevada procura das alternativas, sobretudo de jovens. A pintura indígena é contra o mau-olhado (10).

<sup>11</sup> O Projeto "Raizeiros de Alto Paraíso: Saberes Ameaçados", é financiado pela SEDUCE-GO (Secretaria de Educação, Cultura e Esporte do Estado de Goiás) e também conta com o apoio do Parque Nacional da Chapada dos Veadeiros – ICMBio e UnB Cerrado. Tal projeto tem por objetivo resgatar saberes, registrar e divulgar o conhecimento tradicional dos raizeiros da região da Chapada dos Veadeiros e melhor compreender os motivos do abandono da prática por alguns e, da falta de interesse dos jovens no aprendizado desse ofício. Todos os anos o evento acontece de forma colaborativa.

<sup>12</sup> São conhecidos, principalmente na medicina oriental, como centros de luzes, em sânscrito significa "roda", pois se acredita que eles são vórtices que não param de girar, agindo como antenas, recebendo e emitindo sinais de energia vital em pontos específicos do nosso corpo. Quando um *chakra* está desequilibrado, afeta os órgãos ao seu redor. (Revista Abril, 2018).



A crença está na ideia do adoecimento gerado pela desarmonia entre os elementos fundamentais da vida, e restaurar a saúde, por meio da intervenção de xamãs, ou *brujos*, ou outros agentes de cura, é restabelecer a harmonia entre esses termos nos sujeitos, sempre vistos como um todo socioespiritual inserido na natureza (LUZ, 2005).

FIGURA 10 – LIMPEZA ESPIRITUAL COM ERVAS E FUMAÇA



FONTE: Melissa Maurer, Raízes (2019).

As FIGURA 11 e FIGURA 12 evidenciam a diversidade das terapias e medicinas tradicionais e alternativas, ofertadas em oficinas, na maioria gratuitas, para o feitiço de pomadas, xaropes, unguento, florais, óleos, garrafadas e banhos. O fenômeno corresponde à demanda que procura também as alternativas “transcendentais”, sumariamente vivenciadas e complexificadas na cosmovisão dos povos indígenas (FIGURA 13).

É a “Interpretação dos sonhos e cuidado com a saúde”, “Banho de limpeza espiritual”, “Roda de Uni com Ayuwaska, Sananga e Rapé”. A oficina de “Interpretação dos sonhos e cuidado com a saúde” se montou de forma espontânea, na qual uma pequena fogueira, rapidamente acesa pelos indígenas, convidou o público para a formação da roda. O Pajé Tukano<sup>13</sup> (de elevada

<sup>13</sup> Primeiro nome foi deletado para a segurança dos indígenas.



hierarquia, respeitada por outras tribos<sup>14</sup>), membro interlocutor dos povos Tukanos, (vivem às margens do Rio Uaupés, Amazonas) de forma bastante natural iniciou o seu diálogo, pedindo para o público relatar sonhos que tivessem sido marcantes, abrindo espaço para a interpretação, evidenciando símbolos, analogias e aspectos da natureza (rios, matas, bichos, etc.).

FIGURA 11 – OFERTA DE OFICINAIS E TERAPIAS ALTERNATIVAS/TRADICIONAIS.

OFICINAS – RAÍZES 2019 - dia 17/05 sexta feira e 18/05 sábado						
Turno	INÍCIO	DURAÇÃO	LOCAL	OFICINEIRO	Receita/Tema	MATERIAL
Tarde	14h	1h40	ASIJOR cozinha	Josué (Teresina-GO)	Pomada dos milagres	1L óleo girassol, 500 g cera de abelha, panela grande p/ banho maria (fogão)
	16h	2h	ASIJOR cozinha	Dona MªLuíza (Cidade de Goiás-GO)	Unguento cicatrizante e contra dores & comprimidos de melão de São Caetano (dengue, zika chicungunya)	Fogão; Liquidificador, "tábua de vidro" seringa
	14h	1h	ASIJOR Espaço circular	Tom das Ervas (Alto Paraíso)	Xarope	Fogão - 6 kg de rapadura -1kg de mel
	16h	2h	ASIJOR Espaço circular	Pajé Nozim Apurinã (Acre)	Medicina Tradicional Apurinã	
	16h	2h	ASIJOR Mesa de madeira	Lenisia (Pirenópolis-GO)	Florais	
	14h	1h	ASIJOR Árvores entre espaço circular	Fiota Kalunga (Vão de Almas)	Feitinho artesanal da linha de algodão	
	16h30	1h30	ASIJOR Árvores entre espaço circular	Pajé Alvaro Tucano	Interpretação de sonhos e cuidado com a saúde	
	14h	1h	CCCJ salão	Dedé (São Jorge/Colinas)	Composto natural antifúngico	03 cabeças de alho; 1L cachaça
	16h	1h	CCCJ salão	Seu João (Sancierlândia-GO)	Garrafada contra Reumatismo	Vinho branco
	17h	2h	CCCJ salão	Seu João (Sancierlândia-GO)	Composto contra chagas	Pilão

FONTE: Organização Evento Raízes (2019). Foto: DIAS, M.A. (2019).

<sup>14</sup> Integrantes de outras tribos relataram que os Tukanos saíram da cabeça da grande cobra, enquanto as outras tribos saíram das outras partes, sendo o rabo (fim da cobra) a tribo menos elevada na hierarquia. Assim, os Tukanos no nível hierárquico mais alto, recebem o trabalho voluntário de integrantes de outras tribos em suas terras para o cultivo.

FIGURA 12 – OFERTA DE OFICINAIS E TERAPIAS ALTERNATIVAS/TRADICIONAIS.

Tarde	14h	2h	ASJOR cozinha	Dona M <sup>te</sup> Luiza (Cidade de Goiás-GO)	Óleo medicado e cone para limpeza auricular	fogão
	16h	1h	ASJOR cozinha	Dra. Livia Martins Carneiro (Itapuranga/Gyn)	Usos medicinais da babosa (Aloe vera)	Babosa e tábua de vidro
	14h	3h30	ASJOR Espaço circular	Seu João (Sanclerlândia-GO)	Minicurso: Reprodução de espécies medicinais do Cerrado	Terra/composto(sa- co 50kg), saquinhos 1kg de fazer muda
Sábado	14h	1h	ASJOR Mesa de madeira	Dona Cecilia (Cavalcante)	Garrafada contra cólica menstrual	
	15h	1h	ASJOR Mesa de madeira	Wilson e sua mãe Dona Flor (Moinho/AP-GO)	Garrafada do homem	-2 garrafa de vinho jurubeba leão do norte
	16h	1h30	ASJOR Mesa de madeira	Dona Flor e sua filha Deija (Moinho/AP-GO)	Garrafada da mulher	-1 vinho jundiá
	14h	2h	ASJOR Árvores entre espaço circular	Dra. Maria Esther Vilela (MG)	Diálogo intercultural sobre saúde da mulher entre o saber tradicional e o sistema hegemônico de saúde	
	16h	1h	ASJOR Árvores entre espaço circular	Parteira Ivaneide Kaxarari (Acre)	Banho para limpeza espiritual na Medicina Tradicional Kaxarari	
	14h	2h	CCCJ fundos	Kruwakraj - Getúlio Krahô (TO) e Fernando Schiavini	Alimentação de base indígena	Duas mesas
	16h	1h30	CCCJ fundos	Sandra Maciel (Parteira - Movimento Curador)	Cuidados na primeira infância com plantas medicinais	
	16h	1h30	CCCJ salão	Dr. Evando (Ceres-GO)	Controle de Diabets com as plantas	
Noite	20h	+ou-3h	Hostel e camping Canto da Coruja	Condução do Pajé Nozim Apurinã, com participação especial do Pajé Tucano e indígenas pertencentes a outros povos	Roda de Uni (Ayawasca, Sananga e Rapé)  Vagas limitadas (62)99953-4773 falar com Kelly	Programação a parte (paga), organizada pelo "Canto da Coruja"

FONTE: Organização Evento Raízes (2019). Foto: DIAS, M.A. (2019).

FIGURA 13 – OPORTUNIDADE DE COSMOVISÕES.



FONTE e ORG.: DIAS, M.A. (2021). Pajé Apurinã (imagem 13); Pajé Tukano (imagem 14); o fogo e a panela para a limpeza (imagem 15); Líder e parteira Kaxarari (à esquerda na imagem 16).

O “Banho de limpeza espiritual” foi realizado pelo Pajé Apurinã (povo que habita o vale do Rio Purus, Boca do Acre, Amazonas) e pela liderança social e parteira, Kaxarari. Com a fumaça da fogueira, uma bacia com ervas e água, a limpeza foi sendo realizada um a um, até o término da fila que se formou. Foi perceptível o cansaço do Pajé, conforme a fila foi sendo atendida, imagina-se que tamanhas eram as “sujeiras” tiradas pelo xamã.

E por fim, a “Roda de Uni com Ayuwaska, Sananga e Rapé” foi em um local restrito, dentro de uma pousada<sup>15</sup>, com o custo de R\$150,00 por pessoa. A partilha dos chás e ervas é acompanhada de cânticos e danças, a fim de promover a autodescoberta e autocompreensão.

As imagens são do Evento Raízes que promoveu, em conjunto com os médicos populares da região, imersões na cultura, nos contextos e nas paisagens cênicas da Vila de São Jorge, município de Alto Paraíso do Goiás (GO)<sup>16</sup>. O local está no cerrado brasileiro e é um dos poucos que consegue resguardar sua biodiversidade, muito em razão da área de preservação que abriga o Parque Nacional da Chapada dos Veadeiros.

Os atores sociais da Tradição que ali vivem, os raizeiros, erveiros, parteiras, benzedeiras, etc. compreendem os processos acarretados pela modernidade-urbanização-industrialização e são constantemente ameaçados pelos avanços da sociedade capitalista que, os lançam “às periferias geográficas e sociológicas das cidades” (DELANI, 2019, p.145).

Os relatos desses sujeitos denunciam a devastação do cerrado e, consequentemente, de seus remédios - as ervas, raízes, folhas, etc. A medicina popular, que é herança ancestral dessa população, não está mais suprimindo as necessidades que chegam com as doenças, pois não há mais a disponibilidade de todos os insumos nas matas, levando essa população mais vezes aos postos

---

<sup>15</sup>A todo o momento no evento Raízes 2019, foi solicitado o não registro (vídeos, fotos) das cerimônias, a fim de proteger os indígenas. As fotos aqui apresentadas eram de momentos em que fora permitido o registro. Sabe-se dos correntes ataques à liberdade e aos territórios indígenas no Brasil. A luta pela demarcação de terras é contínua e cada vez mais árdua já que agora os invasores são legitimados pelo governo federal e pela máxima do agronegócio ser bom para o desenvolvimento.

<sup>16</sup>O evento foi vivenciado por mim, antes da chegada pensei em como ele poderia me auxiliar na organização das ideias e servir de inspiração para a escrita da tese, mas acabou sendo muito mais do que isso. Lá, pude de fato imergir na cultura e nos conhecimentos e saberes desses povos, sobretudo para o trato aos males da saúde.



de saúde e, quando lá não encontram os medicamentos receitados de forma gratuita, não conseguem adquiri-los pelos elevados custos.

A população dessa Tradição brasileira está em constante ameaça, assolados pelos revezes da modernidade que chega apressada, nos ritmos do tempo fabril, eles ficam à mercê das dinâmicas antagônicas aos seus valores e crenças, sobrevivendo graças ao assistencialismo de poucos e, em raras vezes, ao mercado de jovens que chegam afoitos por experiências transcendentais.

Tal busca pode alimentar preconceitos, deslegitimar e descontextualizar cosmologias e saberes. São os senhores e senhoras de extrema sabedoria, conhecem e sistematizam suas próprias botânicas, anatomias, bioquímicas, psicologias, teologias, etc., mas não são vistos e tratados com o zelo necessário no próprio território, este que eles tanto resguardam e ajudaram a construir.

### *2.2.3 As fronteiras e territórios do Centro-Moderno-Visível e da Periferia-Tradição-Invisível*

As relações de poder são princípios chave para a determinação dos territórios geográficos. Quando expressas e impostas, vão se desenhando por fronteiras, culminando finalmente na demarcação territorial.

Fazendo uma analogia, pode-se considerar que as medicinas populares e tradicionais e seus detentores possuem territórios historicamente demarcados, já que a sociedade e herança ancestral deles é prevalecente. No tempo da modernidade, esses territórios são afrontados pelo desenhar constante de novas fronteiras, aqui sinalizadas não apenas como físicas ou geográficas, mas também culturais e intelectuais. Tais sujeitos lidam com as fronteiras do desconhecido e territórios (físicos) já estabelecidos próximos aos seus, mas também com o redesenhar de suas próprias fronteiras, para que assim consigam sobreviver aos novos territórios do Moderno.

Transpondo a lógica para o contexto da medicina popular e dos seus detentores, a medicina científica moderna seria o território desconhecido. As fronteiras seriam a esporádica necessidade que essa população possui de tais conhecimentos, mas essas fronteiras não serão transformadas em território, pois a população só a procura, quando seus saberes populares e insumos de suas matas não são suficientes e/ou não estão disponíveis.

Da mesma forma, a população residente nas áreas urbanas, desenvolvidas e com acesso aos serviços gerais, inclusive os de saúde, procuram os cuidados alternativos quando a medicina oficial não lhes contempla plenamente. Para eles, o território é o mesmo, o oficializado, mas suas fronteiras são a esporádica necessidade dos conhecimentos populares e tradicionais para a saúde.

A diferença entre os dois grupos é visível, porque estes últimos transformaram suas fronteiras em territórios, mas os primeiros, povos tradicionais, não. E não o farão, pois têm em suas trajetórias a completa extinção de seus territórios (físicos), de suas fronteiras (físicas, psíquicas, epistemológicas) e de seus lugares (pertencimento) e todos ainda não foram redesenhados e/ou restabelecidos pelos grupos dominantes da sociedade.

A paisagem expressa de maneira clara essa lógica do conflito que se estabeleceu entre a Modernidade e a Tradição de várias maneiras, a organização do espaço geográfico é um de seus mais explícitos reveladores (MENDONÇA, 2019, p.122).

Haesbaert (2021, p.20) considera o Brasil como um país da “espera”, como esperança mobilizadora. E resignado à espera, “talvez grande parte dos brasileiros” estejam compelidos a “embrenhar-se no espaço provisório”, “reunindo ao mesmo tempo, esperança e constrangimento”. As medicinas populares fazem parte desse imprevisto que é esperança e constrangimento.

Essas expressões, sujeitos e configurações estão relacionados aos espaços (físico) da Tradição, alocada na periferia geográfica e subordinada à cidade e urbanização e aos espaços do Moderno, do Centro, gerenciador e modelador de processos (FIGURA 14).

FIGURA 14 – ESPAÇOS DE HEGEMONIA DO TRADICIONAL E DO MODERNO, EXEMPLO REGIÃO DE ALTO PARAÍSO DE GOIÁS



FONTE: adaptada de MENDONÇA (2019). Org.: DIAS, M.A. (2021).

Os grupos tradicionais ilustrados, quilombolas e indígenas, são os principais agentes da paisagem natural, social e cultural na porção central do Brasil e, especificamente no exemplo, da região de Alto Paraíso do Goiás. Eles que detêm os conhecimentos, passados de geração a geração, e representam a tradição brasileira, resistindo com suas linhagens nos(as) raizeiros(as), benzedeiros(as), erveiros(as), etc.

Há de racionalizar a perpetuidade de certos moldes que culminaram na “desqualificação dos saberes não ocidentais, consistindo, entre outros dispositivos conceituais, na sua designação como tradicionais e, portanto, como resíduos de um passado sem futuro” (SANTOS e MENESES, 2009, p.14).

A interpretação desses processos revela o hibridismo entre elementos e fatores característicos do Moderno que estão intrínsecos nos espaços geográficos e territórios normalmente pertencentes à Tradição, e elementos e fatores característicos da Tradição que estão presentes nos espaços do Moderno. Os subúrbios aqui ganham a característica de “sociológicos” por estarem além de suas definições espaciais, e por serem representados por sujeitos e atores que ora são da Tradição, ora são do Moderno. Os agentes do subúrbio são “a fragmentação e o caos urbano [...]”, são “territórios indefinidos e em transição [...]”, “territórios potencialmente urbanos, mas que ainda não o são” (SOTO, 2008, p. 111).

A existência e hegemonia de espaços do Centro – detentores do Moderno, tecnológico, rico e avançado e por isso visível; e espaços das Periferias – detentoras da Tradição, do vernacular, do pobre e atrasado, que “ninguém” deseja ver ou pertencer; traz à tona dinâmicas prevaletentes do Brasil, da América Latina, da Central e do México, além de tantas outras culturas oprimidas do Sul do mundo.

Na escala do urbano, especialmente em centros de portes médio e grande, há dimensões geográfico-histórico-cultural-modernas que precisam ser compreendidas. Pensando o centro urbano como uma rede que aloca e subsidia setores, “organizações, serviços (inclusive de saúde), estruturas, funções e morfologias derivadas da Modernidade” (MENDONÇA, 2019, p. 132) averigua-se, pela pluralidade de movimentos sociais e culturais, a abertura e inserção de suas malhas.

Essas malhas não conseguem conter contextos e fenômenos, escapando, assim, do controle soberano que deseja a ordem e o padrão (DELANI, 2019). Revela-se que “a queda de barreiras espaciais não implica o decréscimo da significação do espaço” (HARVEY, 2006, p. 265), “ao contrário, reforça a importância da diferenciação locacional pela própria facilidade dos deslocamentos” (HAESBAERT, 2021, p.31).

A exemplo, as medicinas populares são parte dos fenômenos que adentram as malhas abertas do espaço urbano. Elas são voláteis, pois transpassam as barreiras entre periferia e centro, mas também retornam para seus locais, por isso alinham-se com a perspectiva de subúrbio sociológico, o qual “representa o ser dividido entre o urbano e o propriamente rural”. É assim “uma nova sociabilidade, onde ocorre a ruptura e a transição para a modernidade da cidade [...] um território intermediário entre o urbano e o rural” (SOTO, 2008, p.110), e uma época que deixa o tempo como protagonista e evidenciar a época do espaço, vivenciando “simultaneidade”, “justaposição”, “do próximo e do distante, do lado a lado, do disperso” (FOUCAULT, 1986, p. 22, tradução nossa).

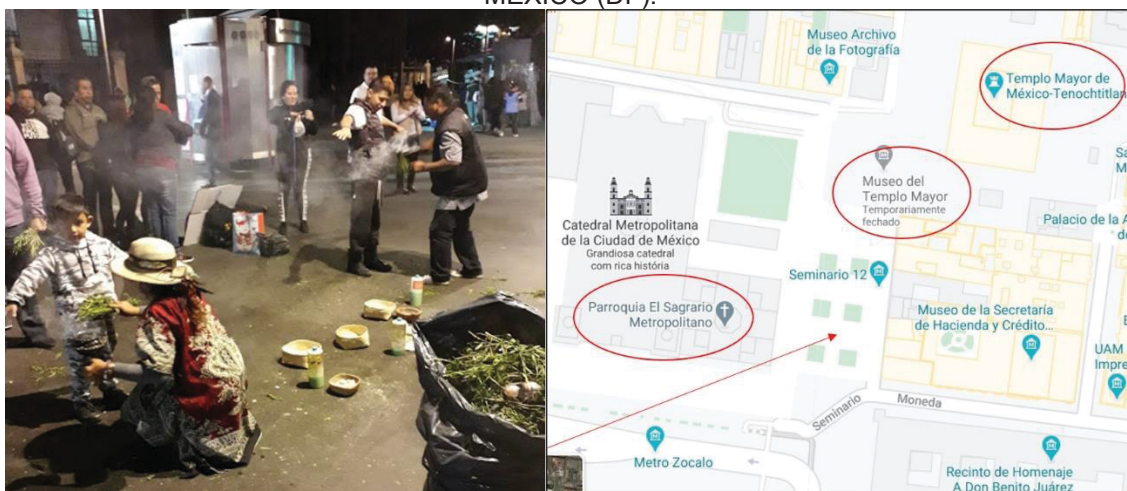
Os atores sociais da saúde popular estão presentes nos centros, adaptando-se às condições do Moderno e fazendo uso dele para a manutenção e perseverança dos problemas intrínsecos à sua gênese tradicional, “concentração da pobreza e a ausência ou a insuficiência de recursos” (MENDONÇA, 2019, p. 132).



O espaço social é colocado em voga, podendo então ser representado pelas formas sociais, em suas várias dimensões, constituídas pelo conjunto das propriedades que atuam no universo social imbuído de forças e poderes. Os atores e seus grupos passam a ser definidos por suas posições relativas nesse espaço. “Cada um deles está acantonado numa posição ou numa classe precisa de posições vizinhas [...] numa região determinada do espaço” e, ademais, “não se pode ocupar realmente duas regiões opostas do espaço, mesmo que tal seja concebível” (BOURDIEU, 1989, p. 133, 134).

As imbricações entre o Moderno e a Tradição (FIGURA 15) também estão em outros países e são explicitadas nas filas que se formam desde cedo na praça em frente à *Paroquia Metropolitana El Sagrario*, no Zócalo, centro histórico da Cidade do México (DF). Lá estavam membros dos povos indígenas mexicanos, que residem muito distante dali, com suas ervas e fumaças para “limpar” a população.

FIGURA 15 – LIMPEZA DO CORPO COM ERVAS E FUMAÇAS NO CENTRO DA CIDADE DO MÉXICO (DF).



FONTE: Google, (2021) e DIAS, M.A. (2019). Org.: DIAS, M.A. (2020).

Em poucos minutos acontece a defumação do corpo todo, dos pés à cabeça. A contribuição pelo serviço de saúde não é obrigatória, mas de muita ajuda aos indígenas. O lugar da prática é propositalmente escolhido e merece atenção. Lá a demanda é grande e constante, não só pela proximidade com o metrô central e com os serviços essenciais da capital, mas por ser também um lugar de resistência histórica dos astecas frente ao processo de colonização espanhola, que destruiu a cidade antiga de *Tenochtitlán*.

A esquina da cura abriga o *Templo Mayor*, um dos principais templos astecas, centro simbólico, lugar de oferendas sagradas e depósitos funerários,

santuário para as divindades da guerra e da chuva e um símbolo das conquistas dos astecas diante de seus inimigos. Esse templo foi aterrado e, somente entre 1978 e 1982, suas estruturas ascenderam pelas escavações arqueológicas, sendo hoje o *Museo del Templo Mayor* (INAH, 2021).

A população mexicana que forma a fila para receber a fumaça dos seus indígenas/parentes acredita na Tradição e nos saberes desses povos tradicionais para a saúde, sendo um exemplo de luta e resistência aos processos da colonização. Com a maioria da população mexicana marginalizada e à mercê de um sistema desigual de distribuição de renda, resta-lhes a crença e a Tradição. Esse é um perfil bastante comum no Brasil e nos demais países da América Latina.

Há então que considerar a perspectiva da saúde e suas relações e dimensões espaciais, explícitas pela lógica entre o Moderno e a Tradição, e também por outras problemáticas, como a pobreza e a baixa saúde, os baixos resultados sanitários em países pobres e o modelo de economia que perpetua a pobreza e a riqueza nas mesmas mãos.

A realidade dos países do terceiro mundo é timbrada por essas discrepâncias socioeconômicas e, se analisadas em escalas micro do urbano, evidenciam a “existência de duas cidades coexistindo dentro de um mesmo espaço geográfico”. A causa disso, segundo Santos (2018), é o processo de modernização que não foi estruturado e completo nos países do Sul do mundo, resultando, assim, em suas periferizações e nos contrastes sociais vivenciados todos os dias.

Para Ramose (2009, p. 150), é especificamente a globalização e suas raízes de dominação britânica que causam a tensão e a fragmentação de racionalidades e suas formas de ver e sentir o mundo. A acelerada mudança e os fluxos da globalização desestabilizaram costumes, símbolos, crenças e sistemas organizacionais de sociedades inteiras. “O que acontece quando culturas, religiões, sistemas políticos e sistemas econômicos diversos se encontram uns com os outros?”. Os mais fracos se tornam subalternos e subservientes.

Como as sociedades que não estão alinhadas, pelo menos em episteme, com a lógica de mercado capitalista, vão agora se comportar em suas relações e trocas sempre realizadas pelo princípio da solidariedade? Essas

sociedades são aquelas parecidas com as compostas pelos raizeiros, benzedeiros da Vila de São Jorge (GO) e seus arredores, são as africanas dos grupos *bantus*, as indígenas do México, Peru, Bolívia etc., os quilombolas, os assentamentos dos trabalhadores sem-terra, etc.

Para todas elas há outras e diversas lógicas para o viver e se relacionar, cabendo a hipótese de que “[...] a globalização é uma metáfora para a aspiração ou a determinação de tornar-se, seja uma ideia seja um estilo de vida, aplicável e funcional em todo o mundo” (RAMOSE, 2009, p. 151). Com o fim único de homogeneizar o mundo, implicando, no melhor dos cenários, no desmantelamento das fronteiras protetivas dos subalternizados.

Santos (2018) já problematizava a existência de três tipos de globalização: a da fábula, a da perversidade e a da possibilidade. A primeira é a farsa que é vendida e quista pelos desavisados dos contextos desiguais das sociedades. A segunda é a verídica, na qual se compactua a perversidade, a relação desumana e desigual, e finalmente na terceira, que está na esfera da utopia, pelo menos no tempo atual, sonha-se com uma outra globalização que evidencie as lógicas até então menosprezadas das periferias e faça uma revolução no pensamento e modo de operar no mundo.

A perspectiva pós-colonial de Maldonado-Torres (2009) segue junto às ideias de Milton Santos, ao propor uma “geopolítica descolonial, que permite tornar visível o que permaneceu invisível ou marginal até agora” (SANTOS, MENESES, 2009, p.17). A expectativa está em viabilizar espaços e luzes aos sujeitos da Tradição que, historicamente, estão na invisibilidade.

Bhabha (1994, p. 6) assinala e enaltece as híbridas e sincréticas perspectivas dos confinados em fronteiras, meio dentro e meio fora da modernidade. Isso sugere a existência de uma contra modernidade pós-colonial, visível tanto no Sul quanto no Norte, não só no campo, como também nas cidades do mundo inteiro (FEATHERSTONE, 1995, p. 12).

Os princípios de solidariedade, partilha e cuidado mútuo dos povos invisíveis são os instrumentos para uma outra globalização. Eles são alvo da globalização perversa e assim acontece, pois o ocidente, com sua filosofia de direitos humanos, enfatiza a ideia do ser humano como entidade fragmentada que adquire seus direitos de forma contingencial, lógica adversa em sociedades

que consideram os seres humanos completos, por terem bem-estar e direitos assegurados como tal (RAMOSE, 2019).

As configurações determinadas pelos espaços geográficos por muito tempo foram deixadas de lado no pensamento filosófico, e assim o foi, como tentativa de romper com a lógica determinista. Mas, principalmente, evidenciou um projeto geopolítico de dominação pela “ideia de que as pessoas não conseguem sobreviver sem as conquistas teóricas ou culturais da Europa” (MALDONADO-TORRES, 2009, p. 343). A Geopolítica se mostra como vertente de racismo e imperialismo. Com o tempo e por todas as atrocidades vistas nas sociedades do Sul, acontece uma ausência de reflexão sobre a geopolítica e a espacialidade na produção do conhecimento que poderia empoderar filosofias outras, além da Europa.

O “modo não europeu de pensar e da produção e reprodução da relação colonial/imperial, ou daquilo a que, [...] Quijano coloca como colonialidade” (MALDONADO-TORRES, 2009, p. 339) revela que a filosofia ocidental por vezes se torna cega por não conseguir enxergar outras possibilidades de pensamentos que não as suas mesmas. A figura do observado sendo o observador de seus contextos espaciais, por estar ali dentro desse espaço, vivenciando seus lugares e seus limites e possibilidades, fragiliza os que sempre tiveram a episteme a seu favor.

## **2.3 As Franjas do Epistemicídio: entre Medicinas Tradicionais e Modernas e Políticas Públicas de Saúde**

### *2.3.1 Políticas de Saúde, Nomenclaturas, Práticas e Significados*

A adjetivação “alternativa” dada à medicina refere-se ao antônimo do modelo hegemônico da medicina científica moderna, detentor das especializações e técnicas. A **Medicina Alternativa** é proposta, “[...] como ‘alternativa’ a uma medicina contemporânea especializante e tecnocientífica, no intuito de resolver os problemas de adoecimento de grandes grupos populacionais desprovidos de atenção médica no mundo” (LUZ, 2005, p. 146 e 147). Seria, assim, “medicina alternativa” uma etiqueta institucional designada para qualquer forma de cura que não seja propriamente a biomédica, e suas

práticas são “tecnologicamente despojadas de medicina, aliadas a um conjunto de saberes médicos tradicionais” (LUZ, 2005, p. 146 e 147).

Pode-se ainda expor que esse tipo de medicina acontece quando se importa a prática de cura de outro local e, essa não faz parte da medicina oficial. A “alternativa” também seria clamada quando o enfermo utiliza exclusivamente essa prática para sua cura.

Já a **Medicina Tradicional** (MT) (*Traditional Medicine - TM*) é oficialmente considerada pela Organização Mundial de Saúde/OMS (*World Health Organization/WHO*) como:

[...] a soma total do conhecimento, habilidade e práticas baseadas em teorias, crenças e experiências indígenas [nativos] de diferentes culturas, sejam explicáveis ou não, usadas na manutenção da saúde, bem como na prevenção, diagnóstico, melhoria ou tratamento da saúde física e doença mental (WHO, 2019, p. 8).

A OMS ainda estabelece em seus documentos (1978, 2002, 2019) a “medicina indígena”, significada de forma muito similar às medicinas nativas ou populares. Os pressupostos que constituem a Medicina Tradicional (MT) também são os da chamada medicina popular, majoritariamente conhecida e utilizada em países das Américas Central e Sul, Ásia e África.

Mas, desde o ano de 2002, a Medicina Tradicional (MT) ganhou o adendo “Complementar”, deixando oficialmente explícito o seu papel secundário no trato das enfermidades. Assim, a **Medicina Tradicional e Complementar** (MTC), ou *Traditional and Complementary Medicine* (T&CM):

[...] refere-se a um amplo conjunto de práticas de saúde que não fazem parte da medicina convencional do próprio país, nem são totalmente integradas no sistema de saúde dominante. Em alguns países esses termos são usados indistintamente para se referir à medicina tradicional (WHO, 2019, p. 8).

Há ainda definições que expõem os métodos da MTC (WHO, 2002):

Práticas, enfoques, conhecimentos e crenças sanitárias diversas que incorporam medicinas baseadas em plantas, animais e/ou minerais, terapias espirituais, técnicas manuais e exercícios aplicados de forma individual ou em combinação para manter o bem-estar, além de tratar, diagnosticar e prevenir enfermidades (WHO, 2002, p. 36).

Dentro dessa categoria faz-se uso da medicina oficial e algum outro conhecimento para complementar a terapêutica. O detalhe é que ela acontece e não necessariamente é de conhecimento dos sujeitos que estão tentando exercer a cura no paciente.

Elas são posicionadas como recursos a serem considerados na organização local da Atenção Primária desse serviço, de modo a colaborar para a melhoria da saúde das comunidades e populações (DELANI, 2019, p. 16).

Como exemplo das ramificações da MTC, tem-se o sistema médico alternativo integral e energético da Medicina Vibracional:

um sistema de pensamento voltado ao estudo do funcionamento do corpo humano a partir de uma perspectiva que o considera constituído por múltiplos sistemas energéticos que se influenciam reciprocamente (GERBER, 1988, p. 27).

A Medicina Vibracional amplia a apreensão acerca do papel das alternativas, convocando a percepção de abordagens integrativas. Gerber (1988), estudioso desse sistema, possibilitou a percepção e tratamento de doenças de forma menos agressiva, e fez isso sem deixar de considerar a grande eficácia das drogas alopáticas, sobretudo para doenças epidêmicas. Suas pesquisas buscaram garantir diagnósticos e tratamentos para doenças desconsideradas pela medicina científica moderna. Além disso, também buscou ofertar práticas confortantes para os doentes, sobretudo os crônicos, ampliando suas pesquisas além do estabelecido e geralmente aceito pela medicina científica. O princípio encontrado por Gerber (1988) está em compreender de forma mais profunda a relação dos pensamentos e emoções (psicanálise) com a fisiologia humana adoecida, de que modo terapias simples, à base de ervas, água e essências florais, etc., podem ser agentes eficazes para a cura e/ou fornecimento de grande conforto.

A medicina vibracional se integra aos saberes e práticas da MTC por não enxergar os seres humanos apenas como carne e sangue, proteínas, gorduras e ácidos nucleicos, ampliando para aspectos de uma “força vital” e “espírito da máquina”, ou seja, sutil energia que move todo o sistema que é o corpo, a mente e o espírito humano.

A OMS (2019, p. 48) ainda apresenta os provedores das diferentes medicinas, separados em MT e MTC.

Na Medicina Tradicional (MT, nativa, popular ou alternativa, prática de cura original de algum local), os atores sociais que as desempenham são: curandeiros tradicionais, construtores de ossos, fitoterapeutas e parteiras(os).



Normalmente, a maioria desses profissionais tem atuado no nível de atenção primária à saúde.

A Medicina Tradicional Complementar (MTC/WHO) é exercida por profissionais de medicina alopática e trabalhadores da saúde como médicos, dentistas, enfermeiras, parteiras, farmacêuticos e fisioterapeutas que fornecem serviços para seus pacientes (por exemplo, médicos que usam acupuntura para tratar seus pacientes, ou médicos da Medicina Tradicional Chinesa que prestam serviços em clínicas e hospitais).

Cristina et. al., (2019, não p.) detalham, em categorias, as vertentes da MTC, ou MT, ou Medicina Alternativa Popular:

Existem cinco categorias de medicina alternativa geralmente aceitas: técnicas de corpo e mente, tratamentos com base biológica, métodos manipulativos e corporais, medicina energética e sistemas médicos alternativos integrais. No total, elas abrangem quase trinta tipos de tratamentos diferentes, que buscam manipular aspectos corporais, mentais, emocionais e energéticos do enfermo, valorizando a ideia de que estes são fatores interdependentes que podem não apenas auxiliar na neutralização de uma doença, como também no tratamento de sua causa.

As cinco categorias (Sistemas Médicos Alternativos Integrais, Medicamentos Manipulativos e Corporais, Tratamento com base biológica, Medicina Energética e Técnicas de corpo e mente) foram organizadas para melhor compreensão das medicinas alternativas, mas de fato, elas não devem ser compreendidas separadamente, até mesmo porque são utilizadas de forma inter-trans-multi-pluridisciplinar, a depender da conduta planejada.

Contudo, é possível considerar uma hierarquia entre elas, sendo os chamados Sistemas Médicos Alternativos Integrais, a categoria que sustenta e fundamenta as demais técnicas, haja vista a densidade de teorias, métodos e ensaios que possui.

O QUADRO 1 foi estruturado de forma a especificar as diversas práticas e cuidados que englobam as cinco principais categorias para a Medicina (Alternativa/MTC/MT), utilizadas por diversos países no mundo.

Em pesquisa com os Estados membros da OMS (2019, p. 46) as práticas mais utilizadas por eles são: Acupuntura, Medicamento Ayurvédico, Quiropraxia, Fitoterapia, Homeopatia, Naturopatia, Osteopatia, Medicina Chinesa Tradicional e Medicamento Unani. Mas, além dessas, há outras tantas técnicas e saberes, conforme exposição a seguir:



QUADRO 1 - CATEGORIAS E TERAPÊUTICAS DA MEDICINA (ALTERNATIVA/MTC/MT) MAIS UTILIZADAS NO MUNDO.

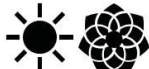













	Sistemas Médicos Alternativos Integrals		Medicamentos Manipulativos e Corporais		Tratamento com Base Biológica
	Medicina Energética		Técnicas de Corpo e Mente		

(continua)

Categorias MTC	TERAPÊUTICAS MAIS UTILIZADAS NO MUNDO	
	<b>Acupuntura</b>	Técnica de intervenção terapêutica da Medicina Tradicional Chinesa que adota uma postura vitalista. Método consiste na estimulação (com agulhas, eletricidade, esferas ou sementes) de pontos específicos da pele onde se localizam os padronizados canais definidos como "meridianos", onde passaria a força vital (Qi) (CINTRA e FIGUEIREDO, 2010, p.142).
	<b>Medicina Tradicional Chinesa</b>	Tem por base a integração e interação entre o ser humano e a natureza, visando o equilíbrio geral das pessoas (Alvarenga et al., 2004). O organismo é visto como um sistema energético e funcional e as doenças vistas como desequilíbrios energéticos, ou "quebra" na harmonia das funções orgânicas. Os fenômenos que ocorrem nos órgãos são explicados por meio de síndromes (conjunto de fatores patológicos de origem interna ou externa ao organismo) que revelam como a base energética da existência e a expressão da matéria, a força vital (Qi), está circulando no sistema de órgãos e vísceras da pessoa (ZANG FU) (CINTRA E FIGUEIREDO, 2010, p.142).
	<b>Medicamento Ayurvédico</b>	A terapêutica inclui alimentação equilibrada e "medicamentos" (suaves, médios, fortes), são chás feitos, majoritariamente com ervas naturais e <i>fants</i> (misturas) correspondentes aos <i>doshas</i> (energias básicas) dos enfermos.
	<b>Ayurvêda - indiana</b>	Medicina Indiana ou ciência da vida. Bastante complexa e integrativa em seus métodos e concepções de ser humano e natureza. É a promoção da saúde integral. Não lida apenas com a doença e cura, mas com a vida em geral (VERMA, 2003).
	<b>Quiropraxia</b>	Prática não invasiva e baseada em terapias manuais, em especial a terapia de manipulação articular (TMA). Terapêutica se dá pela avaliação postural, análise da marcha, palpação articular estática e dinâmica e avaliação da amplitude de movimento das articulações (BRACHER, 2013).
	<b>Fitoterapia</b>	Ervas, materiais fitoterápicos, preparações fitoterápicas e produtos à base de plantas, que contêm como ingredientes ativos partes de plantas, materiais vegetais ou combinações (WHO, 2019).
	<b>Homeopatia</b>	Emprega o princípio de cura pela similitude, administrando doses infinitesimais de substâncias medicinais (TEIXEIRA, 2006).
	<b>Naturopatia - indiana</b>	Métodos incluem jejuns, dietas com "alimentos naturais", vitaminas, ervas, minerais de tecidos, remédios homeopáticos, sais celulares, manipulações, massagens, exercícios, enemas colônicos, acupuntura, medicina chinesa, parto natural, pequenas cirurgias e aplicações de água, calor, frio, ar, luz do sol e eletricidade. Radiação pode ser usada para diagnóstico, mas não para tratamento. Muitos destes métodos são ditos para "desintoxicar" o corpo (BARRETT, 2002).
	<b>Osteopatia</b>	Conceito filosófico e terapêutico que diagnostica alterações por meio de testes, visuais ou palpatórios e etapas (geral, movimento, posição, tecidos moles, pele, enduração, temperatura e sensibilidade) (CHAITOW, 1982).
	<b>Unani Tibb</b>	Sistema médico de origem grega/indiana que encontrou uma grande propagação desde o século 11. Os princípios básicos da medicina Unani são: 1) elementos ( <i>arkan</i> ) 2) temperamento ( <i>miza</i> ) 3) humores ( <i>akhlat</i> ) 4) espírito ( <i>ruh</i> ) e 5) natura ( <i>tabiat</i> ). O Unani Tibb considera o elemento como uma unidade menor com uma abordagem diferente. Os elementos são as unidades primárias e componentes do material, e eles são uniformes em forma, características e propriedades.
	<b>Medicamento Unani - indiana</b>	Métodos: dieta, medicamentos, remédios tradicionais (banhos, sanguessugas, massagens e enemas) bem como cirurgia mínima. Na medicação, as ervas geralmente são administradas de forma simples e raramente em misturas e são sempre individualizadas para cada paciente (POULAKOU-REBELAKO et. al, 2015).
	<b>Massagem Terapêutica</b>	Terapia de toque para o relaxamento físico, psíquico, emocional o que permite atenuar os efeitos provocados pelo stress dos músculos (COSTEIRA e GRAVETO, 2010).
	<b>Oração</b>	Prática de concentração guiada normalmente por princípios, dogmas e crenças.
	<b>Hipnoterapia</b>	Indução do transe por meio de falas, relaxamentos e identificação de valores do paciente (os que gosta e os que não gosta). Desenvolvimento dos valores e vinculação dos valores aos problemas de forma direta ou indireta. (ZEVALLOS, 2011).
	<b>Feldenkrais Method</b>	Abordagem pautada no aprendizado humano a partir de processos experienciais ou conjunto de processos, por meio dos quais um indivíduo ou grupo poderia ser guiado por uma série de explorações baseadas em movimentos e sensações e discernimentos perceptivos. (HILLIER e WORLEY, 2015)
	<b>g-Soba Rig-pa</b>	Sistema de cura ou medicina de Buddha pautada em práticas espirituais, tantras, meditações e percepções de vida holísticas. (JHA, 2013).
	<b>Reiki</b>	Terapia que trabalha as energias do biocampo. Sua prática envolve o uso das mãos para ajudar a fortalecer a capacidade de cura do corpo.

QUADRO 1 - CATEGORIAS E TERAPÊUTICAS DA MEDICINA (ALTERNATIVA/MTC/MT)  
MAIS UTILIZADAS NO MUNDO.

(conclusão)

	<b>Hipnoterapia</b>	Indução do transe por meio de falas, relaxamentos e identificação de valores do paciente (os que gosta e os que não gosta). Desenvolvimento dos valores e vinculação dos valores aos problemas de forma direta ou indireta. (ZEVALLOS, 2011).
	<b>Feldenkrais Method</b>	Abordagem pautada no aprendizado humano a partir de processos experienciais ou conjunto de processos, por meio dos quais um indivíduo ou grupo poderia ser guiado por uma série de explorações baseadas em movimentos e sensações e discernimentos perceptivos. (HILLIER e WORLEY, 2015)
	<b>g-Soba Rig-pa</b>	Sistema de cura ou medicina de Buddha pautada em práticas espirituais, tantras, meditações e percepções de vida holísticas. (JHA, 2013).
	<b>Reiki</b>	Terapia que trabalha as energias do biocampo. Sua prática envolve o uso das mãos para ajudar a fortalecer a capacidade de cura do corpo.
	<b>Reflexologia</b>	Método de tratamento que envolve massagear de uma determinada maneira todas as áreas dos pés, mas este também pode ser aplicado nas mãos. Princípios parecidos com o da acupuntura, contudo, reflexologia é mais antigas nos escritos chineses e africanos (HALL, 1997).
	<b>Hidroterapia</b>	Uso de águas para relaxamento. Prática antiga, desde 500 a.C. Instalações com água doce ou salgada, sulfurosa, fricção fria, banhos sedativos, banhos de rede ("hammock") e de dióxido de carbono. Precursora dos spas (CUNHA et. al., 1998).
	<b>Florais de Bach</b>	Sistema e terapêutica de grande cunho espiritual, entendendo que as pessoas possuem uma Alma que é o seu eu real e divino, e que, através de uma relação harmoniosa entre Alma e personalidade, tem-se como resultado a saúde. Utilização de princípios biológicos como ervas, essências e plantas.
	<b>Medicina antroposófica</b>	Sistema de tratamento multidisciplinar, compreendendo um sistema de tratamentos que inclui medicamentos e outras modalidades de terapia como aconselhamento, terapias não verbais como exercícios de movimento eurítmicos, massagem rítmica, e terapias artísticas que usam pintura ou argila, música, ou exercícios da fala (FOLLADOR, 2013).
	<b>Terapia Neural</b>	Uma forma de tratamento que consiste na utilização de anestésicos locais em baixas concentrações em diversas áreas corporais do paciente, escolhidas pelo histórico de vida do mesmo.
	<b>Biofeedback</b>	Envolve o monitoramento e uso de informações fisiológicas para ensinar os pacientes a modificar funções fisiológicas específicas. Modalidades comuns incluem eletromiografia de superfície, taxa de respiração e profundidade, temperatura da superfície da pele, reatividade cardiovascular e resposta eletrodérmica (MCKEE, 2008).
	<b>Medicina Siddha - indiana</b>	Tratamento dos três humores ( <i>vali, alal e ayam</i> ) que representam a criação, proteção e destruição, relacionados às funções anabólica, metabólica e catabólica do organismo. Juntamente com outras variáveis como variação sazonal, hábitos dietéticos, idade e sexo do indivíduo. Tratamentos como fumigação, massagem, aplicações nasais, oculares e psicoterapia (SÉBASTIA, 2009).
	<b>TM iraniana</b>	Utiliza medicamentos a base de ervas, banhos, chás e infusões e oração.
	<b>Ventosas</b>	Técnica que consiste em extrair o ar exercendo pressão negativa dentro de um vidro ou ventosas, causando um vácuo que absorve de perto a superfície da pele. Gera uma congestão local ou estagnação do sangue, por absorção, que desempenha um papel importante, pois promove a circulação sanguínea (ODUARDO, s.ano).
	<b>Terapia de ozônio</b>	Utilização de ozônio em diversas situações, acelerar efeito cicatrizador da pele, ozonoterapia tópica, que consistiu de banhos (hidro-ozonoterapia-Ozonomatic) seguidos de curativos com óleo ozonizado, saco plástico especial, lesões cutâneas referentes a úlceras de pés diabéticos (FRANCO et. al., 2017).

FONTE: Diversas. Org.: DIAS, M.A. (2021).

Cabe ressaltar que as técnicas acima apresentadas, são, em sua maioria, administradas em conjunto a anamneses, que indicam para o provedor a melhor integração para a conduta de diagnósticos e tratamentos.

Dos 193 Estados membros da OMS, a acupuntura é a mais utilizada em 113 países, seguida dos Medicamentos Fitoterápicos (11). Homeopatia e Medicina Tradicional Chinesa são usadas majoritariamente em 100 Estados membros. Naturopatia, Quiropraxia, Osteopatia e Medicina Ayurvédica por 90



Estados membros e, por fim, a utilização do Medicamento Unani foi comunicada por 82 Estados membros (WHO, 2019, p. 48).

A complexidade das categorias e técnicas também se aliam à complexidade encontrada na definição das medicinas exercidas e utilizadas em torno do mundo. Oficialmente há de se considerar a nomenclatura MTC da OMS, como a principal, mas não há como desconsiderar que cada nação tem sua própria forma de conceber e perceber suas medicinas nativas e populares, e essas especificidades não estão presentes nos documentos oficiais. Com todo esse contexto, a OMS se esforça para definir um padrão para as práticas e sistemas de saúde, com o intuito de estabelecer requisitos de segurança, eficácia, qualidade, uso racional e acesso, mas deixa lacunas significantes para a MTC.

A tentativa de encaixar as técnicas e sistemas complexos da MTC dentro de, apenas, cinco categorias, que também são insuficientes, é impossível, indo de encontro às situações de “heterotopia” que “dessecam o propósito, estancam as palavras nelas próprias, contestam, desde a raiz, toda possibilidade de gramática; desfazem os mitos e imprimem esterilidade ao lirismo das frases” (FOUCAULT, 1999, p. 9).

A definição estabelecida pela OMS para as medicinas populares e tradicionais é “presunçosa” e sua “legitimação [...] acompanha, em termos muito semelhantes, a legitimação que os médicos-missionários também já haviam estabelecido em seus projetos” opressores (TONIOL, 2017, p. 278).

Pereira (2021, informação verbal)<sup>17</sup> expõe que Brasil, no início do século XX a legislação para a saúde foi feita e realizada com o cadastro de vários profissionais e representantes tradicionais, mas isso serviu mais para saber onde esses grupos estavam no território brasileiro e controlá-los, do que para proteger a cultura de cura destes.

Amplia-se assim a reflexão acerca das padronizações, historicamente ofertadas, intentas de normatizações e “subalternizações” (BHABHA, 1994) de culturas e sujeitos por parte das epistemologias do Norte. A exclusão de conhecimentos e saberes, a naturalização de um tipo só de pensamento, configura-se como “epistemicídio”, ou seja, a “[...] destruição de algumas formas

---

<sup>17</sup> PEREIRA, M. P. B. **Banca de Defesa do presente Doutorado**, Curitiba, 2021, arguição *online*.

de saber locais [...] desperdiçando-se, [...] a riqueza de perspectivas presente na diversidade cultural e nas multifacetadas visões do mundo por elas protagonizadas” (SANTOS e MENESES, 2009, p.183).

### *2.3.2 Normativas para a Medicina Tradicional e Complementar (MTC)*

A busca por alternativas à medicina científica oficial é crescente nas sociedades modernas, indicando que estas “amenizam os efeitos adversos dos medicamentos químicos e [atendem] o desejo por cuidados de saúde mais pessoais” (WHO, 2002, p. 1). Aponta-se que “cerca de 80% da população mundial utiliza práticas tradicionais nos cuidados básicos de saúde e 85% utilizam plantas ou preparações para a resolução de seus problemas de saúde” (PEREIRA e CUNHA, 2015, p. 127) grande parcela da população em desenvolvimento depende da medicina tradicional para prover suas carências elementares.

Imagina-se que tal procura é estimulada por três principais hipóteses: a ineficácia e/ou insatisfação com a medicina científica ocidental moderna; a não disponibilidade e/ou oferta da medicina científica ocidental moderna em determinados lugares, caso de muitos países do Sul; ou também em razão das medicinas alternativas e suas técnicas disporem de cuidados outros à saúde, alcançando outras dimensões, carentes de atenção, como a espiritual.

Mas, além disso, também se apresenta como resposta das multiculturais sociedades colonizadas, conforme aponta Meneses (2015), grande projeto colonial que incluiu a biomedicina no seu sistema de dominação e impôs o pensamento centrado na Europa, para as diferentes regiões do planeta.

Assim, a possibilidade que se apresenta é a crença e a aliança com o outro sistema médico disponível nas sociedades, tanto em países conhecidos como nos do Primeiro Mundo, e nos ditos do Terceiro Mundo, entre os quais se situam os países da América Latina. Uma outra “racionalidade médica” favorece não apenas o trato holístico da saúde humana, mas também operam para a sobrevivência humana frente à precária realidade socioeconômica e à ineficiente oferta e acessibilidade à qualidade de vida:

O despertar para outras racionalidades médicas, distintas das ofertadas oficialmente, refletem resgates e cisões necessários para tais sociedades,

creditando que “[...] o surgimento de novos paradigmas em medicina esteja ligado a diversos acontecimentos, situações e condicionamentos complexos, de natureza ao mesmo tempo socioeconômica, cultural e epidemiológica” (LUZ, 2005, p. 147). E será no tempo da modernidade que essas rupturas paradigmáticas se estabelecerão, corroborando com os pós modernistas, Connor (1993) e Spivak (2015), que indicam a descoberta da “experiência” pela sociedade, no tempo moderno, transportando-se para o tempo “pós-moderno”, quando se transformam em “autoconsciência”.

A autorreflexão, e sua intrínseca condição pós-moderna, “manifesta-se na multiplicação de centros de poder e de atividade e na dissolução de toda espécie de narrativa totalizante que afirme governar todo o complexo campo da atividade e da representação social” (CONNOR, 1993, p. 7). Tais interpretações são íntimas do longo processo de consolidação da medicina científica moldada para as sociedades, sobretudo as urbanas, como a única forma de cuidado com as doenças.

Em continuidade ao projeto de consolidação da medicina científica, alguns princípios para a saúde são firmados em 1978, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde - Conferência de Alma-Ata, no Cazaquistão. Lá foi elaborado o documento Alma-Ata que reconhece a colaboração dos praticantes das medicinas tradicionais nos cuidados primários na saúde e recomenda, aos estados-membro, a formulação de políticas e regulamentações nacionais referentes à utilização de remédios naturais, assim como formações profissionais (CASTRO e FIGUEIREDO, 2019, p. 61).

A próspera procura de outras formas de cuidados, aquém do modelo biomédico, acarretou problemas de segurança, eficácia, qualidade, disponibilidade, preservação e regulamentação para investigadores, profissionais de saúde e o público em geral (WHO, 2013, p.14), e “essa realidade dificulta a identificação das terapias mais seguras e eficazes, do ponto de vista biomédico, obstaculizando seu aproveitamento por parte dos serviços de saúde” (FERREIRA, 2013, p. 206).

Dessa forma, a OMS cria o Programa de Medicina Tradicional (2002), objetivando a formulação de políticas na área que visam “estimular a integração das MTC nos sistemas de saúde, estratégias de atuação mais amplas, que

integrem, ao mesmo tempo, os requisitos de segurança, eficácia, qualidade, uso racional e acesso” (CINTRA e FIGUEIREDO, 2010, p.144).

O QUADRO 2 evidencia a trajetória da OMS e os principais documentos regulatórios para a Medicina Tradicional Complementar (MTC).

QUADRO 2 - DOCUMENTOS REGULATÓRIOS PARA A MTC (OMS)

<b>LEGISLAÇÕES, NORMATIVAS E DECRETOS GERAIS</b>	<b>ANO</b>
Promoção e Desenvolvimento da Medicina Tradicional: Relatório da OMS.	1978
Conferência Internacional. Cuidados primários de saúde: Declaração de Alma-Ata.	1978
Relatório da 2. <sup>a</sup> Reunião de Diretores dos Centros Colaboradores da OMS para a Medicina Tradicional.	1988
Relatório da Consulta Informal da OMS sobre Medicina Tradicional e AIDS.	1989
Relatório da Consulta sobre AIDS e Medicina Tradicional: Perspectivas para o Envolvimento de Praticantes de Saúde Tradicional.	1990
Relatório da 3. <sup>a</sup> Reunião de Diretores dos Centros Colaboradores da OMS para Medicina Tradicional.	1996
Medicina não convencional. Relatório Final do Comitê de Gestão da Comissão Europeia.	1998
Medicamentos e Terapias tradicionais, Complementares e Alternativas. Organização Pan-Americana da Saúde.	1999
Consulta Regional sobre o Desenvolvimento da Medicina Tradicional na Região do Sudeste Asiático.	1999
Diretrizes Gerais para Metodologias de Pesquisa e Avaliação da Medicina Tradicional.	2000
Medicina Tradicional na Região Africana.	2000
Promoção da Medicina Tradicional nos Sistemas de Saúde: Uma Estratégia para a Região Africana 2001–2010.	2000
Status Legal da Medicina Tradicional e Medicina Complementar/Alternativa: Uma Revisão Mundial.	2001
Relatório do Workshop Inter-Regional sobre Direitos de Propriedade Intelectual no Contexto da Medicina Tradicional. Tailândia.	2001
Medicina tradicional. Comitê Regional para a Região do Pacífico Ocidental da OMS.	2001
Estratégia da OMS para a Medicina Tradicional (2002-2005).	2002
Diretrizes Gerais para Pesquisas em Medicina Tradicional e Metodologias de Avaliação.	2002
Necessidades e Potencial Crescentes da Medicina Tradicional - Perspectivas de políticas da OMS sobre medicamentos.	2002
Diretrizes para o Desenvolvimento de Informações ao Consumidor sobre o uso adequado da Medicina Tradicional, Complementar e Alternativa.	2004
Relatório do Workshop Inter-regional da OMS sobre o Uso da Medicina Tradicional na Atenção Primária à Saúde. Mongólia.	2007
Estratégia global e plano de ação em saúde pública, inovação e propriedade intelectual. 61. <sup>a</sup> Assembleia Mundial da Saúde.	2008
Resolução sobre a Medicina Tradicional.	2009
Medicina Tradicional. 62. <sup>a</sup> Assembleia Mundial da Saúde.	2009
Continuidade e Mudança - Implementação da 3. <sup>a</sup> Estratégia de Medicamentos da OMS: 2008–2013.	2009
Relatório de progresso na década de medicina tradicional na região africana	2011
Estratégia regional para a medicina tradicional no Pacífico Ocidental (2011–2020).	2012

Estratégia da OMS para a Medicina Tradicional (2014-2023).	2013
Resolução sobre a Medicina Tradicional.	2014
Leis da Malásia. Lei da Medicina Tradicional e Complementar.	2016
Relatório global da OMS sobre Medicina Tradicional e Complementar.	2019

FONTE: WHO. Org.: DIAS, M. A. (2021).

Atendendo ao chamado global, as nações começam, mesmo que lentamente, a definir ações, regras e seguridades para a incorporação das medicinas alternativas e terapias tradicionais, com eficácia cientificamente comprovada, em seus sistemas de saúde.

Dois documentos supracitados são primordiais para as MTCs: a Estratégia da OMS para a Medicina Tradicional (2002-2005) e sua atualização em 2013, que contempla o período de 2014-2023.

O primeiro documento deslumbra estratégias e exemplos já em voga nas diversas nações do mundo, como forma de incentivar a normatização das MTCs para o todo. Mas, apesar do incentivo, da procura e utilização em franca expansão, Silva et. al. (2020) analisam que, desde 2006, muitas resistências aconteceram por parte dos racionalistas biomédicos em plena disputa de interesse que ainda veem a medicina alternativa como algo a ser desestimulado.

Entretanto, ganhos foram possíveis, principalmente entre 2017 e 2018, com a demonstração de muito interesse pelo então ministro da Saúde do Brasil que impulsionou as PICS acrescentando inúmeras práticas na legislação brasileira (PEREIRA, 2021, informação verbal)<sup>18</sup>.

Confirma-se, assim, que o “processo político de legitimação das terapias alternativas [...] [encabeçado pela OMS] revela uma tendência para amenizar disputas com associações médicas” (TONIOL, 2017, p. 205). Tentativa essa explícita na nomenclatura “complementar”:

O termo [Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa] foi criado por membros encarregados de elaborar a Política [Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares] e compete com uma extensa lista de outros, tais como terapias alternativas, complementares, naturais, paralelas, e ainda medicinas românticas, complementar e alternativas, não hegemônicas ou não formais. Se, por um lado, todas essas categorias convergem em alguns aspectos sobre as práticas que designam, por outro, sua multiplicidade não levanta apenas um problema de ordem nominalista. Elas também indicam relações específicas com o Estado e com suas modalidades de regulação que definem como e quem está autorizado a tratar, a diagnosticar e a curar (TONIOL, 2016, p. 36).

<sup>18</sup> PEREIRA, M. P. B. **Banca de Defesa do presente Doutorado**, Curitiba, 2021, arguição *online*.



Os pensamentos de fronteira e das margens, etiquetados aos povos do Sul do mundo ou *outsiders*, estão em constante ameaça, ora pela aculturação de séculos, ora pela subalternação, ainda gerenciados pelos *estabelecidos* que escolhem, selecionam e regulam práticas e praticantes.

Como forma de regular, autorizar, ou não, a OMS amadurece suas diretrizes e apresenta a “Estratégia para a Medicina Tradicional (2014-2023)”, em conjunto com 193 Estados membros, formuladores de políticas, planejadores de políticas, serviços de saúde, especialistas em saúde pública e círculos de medicina tradicional e complementares, por meio da divulgação de informações, contextos, orientações e suportes em relação à Medicina Tradicional e Complementar (MTC), incluindo produtos, práticas e profissionais (WHO, 2013, p. 17). Contudo, esses grupos são compostos por membros e parceiros devidamente credenciados ao Órgão, sem a presença significativa dos populares, curandeiros, etc.

O documento de 2013 apresenta maior atenção aos serviços e sistemas de saúde, incluindo produtos, práticas e profissionais da MTC, além das justificativas: Interesse crescente da sociedade nas MTCs; Crescente importância econômica das MTCs; O caráter global das MTCs; Diferenças consideráveis nos níveis de treinamento, acreditação e regulamentação das práticas e profissionais; Progressos na investigação e desenvolvimento das MTCs; Necessidade de proteção da propriedade intelectual e Integração das MTCs nos sistemas de saúde (WHO, 2013, p. 18 e 19).

A Estratégia (2014-2023) ainda em vigor, desde o seu início, subsidiou pesquisas *in loco*, com questionários, estudos de caso e relatórios que já evidenciam o panorama mundial da MTC: até 2018, dos 193 Estados membros, 98 desenvolveram políticas nacionais, 109 lançaram leis ou regulamentos nacionais e 124 implementaram regulamentos sobre ervas medicinais. Em 2019, o número dos Estados Membros que reconheceram o uso da MTC cresceu para 170 (88%). Esses são os países que, por exemplo, desenvolveram formalmente políticas, leis, regulamentos, programas e escritórios responsáveis pelas MTCs (WHO, 2019, p. 10).

Ao todo, apenas 15 países, dentre os Estados Membros, não responderam as pesquisas: Argélia, Cabo Verde, Suazilândia, Grécia, Itália,

Lesoto, Luxemburgo, Maurício, Mônaco, São Cristóvão e Névis, São Marino, Sudão do Sul, Turcomenistão, Venezuela, Guiana Francesa Saara Ocidental, e Zimbábue (WHO, 2019, p. 10).

De forma geral, o cenário das MTCs se mantém crescente desde 2005, e as duas Estratégias para a Medicina Tradicional da OMS (2002–2005 e 2014–2023) e as Resoluções da Assembleia Mundial da Saúde evidenciam que os Estados membros desenvolveram medidas significativas de 2005 a 2018, integrando e regulamentando as MTCs em seus sistemas de saúde, gerenciadas por políticas nacionais, marcos regulatórios e planos estratégicos para produtos, práticas e profissionais (WHO, 2019).

Além dos documentos gerais, há uma série de outras propostas e projetos desenvolvidos pela OMS para a MTC. Chama-se atenção para duas frentes de trabalho: as regulações para os medicamentos fitoterápicos (QUADRO 3) e os projetos especiais para a saúde do continente africano (QUADRO 4).

QUADRO 3 – REGULAÇÃO PARA FITOTERÁPICOS (WHO)

<b>MEDICAMENTOS FITOTERÁPICOS</b>
Plantas Medicinais na China. Oficina Regional da OMS para o Pacífico Ocidental.
Plantas Medicinais no Vietnã. Oficina Regional da OMS para o Pacífico Ocidental.
Diretrizes para a avaliação de medicamentos fitoterápicos (francês).
Regulamentação dos Medicamentos Fitoterápicos - A situação no mundo (francês).
Plantas Medicinais na República da Coreia. Oficina Regional da OMS para o Pacífico Ocidental.
Plantas Medicinais no Sul do Pacífico. Oficina Regional da OMS para o Pacífico Ocidental.
Reunião Regional sobre Aspectos Regulatórios dos Produtos Herbais. Organização Pan-Americana da Saúde.
Política Nacional de Medicina Tradicional e Regulamentação de Medicamentos Fitoterápicos - Relatório de uma Pesquisa Global da OMS.
Plantas Medicinais em Papua Nova Guiné. Manila, Oficina Regional da OMS para o Pacífico Ocidental
Papel da Medicina Tradicional na Atenção Sanitária: Remédios Fitoterápicos Tradicionais para a Atenção Primária à Saúde. Regional Asia Sudoriental.
Questões de segurança na preparação de medicamentos homeopáticos.

FONTE: OMS. Org.: DIAS, M. A. (2021).

“Os medicamentos fitoterápicos incluem ervas, materiais fitoterápicos, preparações fitoterápicas e produtos à base de plantas, que contêm como ingredientes ativos partes de plantas, materiais vegetais ou combinações” (WHO, 2019, p. 9).

A avaliação dos documentos sobre a fitoterapia confirma o pioneirismo milenar de grande parte dos países asiáticos, sobretudo os das regiões leste e

sudeste, assim como os dados oficiais que indicam o uso da MTC em mais de 90% de Estados membros, nas regiões do Mediterrâneo Oriental, Sul e Sudeste Asiáticos e Pacífico Ocidental.

China, Vietnã, Tailândia, Índia e Coreia reiteram em documentos oficiais o valor das plantas medicinais como fonte de novos medicamentos eficazes e acessíveis, e como importante alternativa aos medicamentos quimicamente sintetizados. Além disso, dispõem de catálogos com centenas de espécies naturais com eficácia comprovada e informações sobre indicações e dosagens.

Mesmo com os esforços para a regulação e promoção da fitoterapia, a biopirataria tem sido a grande preocupação dos países. Oguamanam (2008, p.496) alerta para a lógica predatória colonial e ocidental que envolve esse crime, já que “a propriedade intelectual, particularmente o regime de patentes, é um fator importante no privilégio da medicina ocidental sobre os sistemas médicos tradicionais”, fortalecendo o usurpar de medicamentos e técnicas.

Como exemplo de contenção, a Índia, após enfrentar severos furtos de suas propriedades medicinais/terapêuticas, entre elas, a patente da cúrcuma, solicitada por EUA e União Europeia, desenvolveu um sistema defensivo e estratégico de antiapropriação (TKDL). O sistema possibilita a decodificação de textos antigos e disponibiliza documentações em formato digital, até mesmo de domínio público, como formas de comprovar suas patentes (OGUAMANAM, 2008, p. 499).

Os indianos se mostram conscientes da riqueza cultural, histórica e terapêutica de suas medicinas e souberam como usar a crescente busca espiritual da modernidade para se protegerem contra as formas perversas de apropriação.

Outro grande foco de pesquisa da OMS é o continente africano. Com projetos desenvolvidos há mais de 3 décadas, a organização buscou promover e estudar as diferentes medicinas tradicionais dos países, por meio da Oficina Regional da OMS para África (AFRO). Esforçam-se para entender e organizar fitoterapias, curandeiros, parteiras e agentes sociais das alternativas. Além dessas, também pesquisam formas de utilizar as MTCs no trato dos vírus e das doenças que mais assolam o continente, como tuberculose, hepatite, malária, AIDS, HIV, cólera.

QUADRO 4 - PROJETOS PARA A MTC NO CONTINENTE AFRICANO

<b>PROJETOS OMS - MEDICINA TRADICIONAL DA ÁFRICA</b>
Relatório de uma Consulta Informal da OMS sobre Medicina Tradicional e AIDS: Triagem <i>in Vitro</i> para Atividade Anti-HIV.
Consulta da OMS sobre Medicina Tradicional e AIDS: Avaliação Clínica de Medicamentos Tradicionais e Produtos Naturais
Relatório da Consulta sobre AIDS e Medicina Tradicional: Perspectivas para o Envolvimento de Praticantes de Saúde Tradicional
Medicina Tradicional na Região Africana. Análise inicial da situação (1998-1999)
Promoção da Medicina Tradicional nos sistemas de saúde: uma estratégia para a Região Africana 2001–2010.
Relatório da década de Medicina Tradicional na Região Africana.

FONTE: WHO. Org.: DIAS, M.A. (2021).

A medicina tradicional africana fora definida pela OMS (1978) já em seu primeiro documento sobre MTCs, como “todas as práticas, medidas, ingredientes, intervenções de todos os tipos, materiais ou não, que sempre permitiram aos africanos se protegerem contra doenças, para aliviar seu sofrimento e curar-se” (WHO, 1978, p. 8).

São necessários e de suma importância os projetos e incentivos ofertados pela OMS, ONGs e países assistencialistas para a saúde dos povos africanos, muito em razão de seus contextos problemáticos, mas há de se pontuar que tais ações também fornecem informações e subsídios que beneficiam seus promotores. Tal hipótese se fundamenta, pois, como foi possível observar no Quadro 5, a estratégia e a organização dos saberes e práticas tradicionais e alternativas acontecem há muito tempo em alguns países africanos, antes mesmo das propostas oficiais da OMS.

Ou seja, esses saberes não acontecem porque agora existem normativas e regulações oficiais, eles acontecem, pois fazem parte da história e cultura dos povos africanos, como parte de suas representações e simbologias.

São difíceis de ser padronizados e/ou normalizados, pois suas gêneses são incompatíveis com qualquer regra que não as deles mesmos. Não é possível e necessária a sua normalização. A essência é ser diversa, ampla e multicultural, assim como seus países, comumente considerados como África país. Empodera-se o “multiculturalismo epistemológico”, o resgate histórico-cultural e

o “alargamento dos horizontes da mundanidade” (SANTOS, 2009, p. 183) e tais expectativas podem ser alcançadas se a valorização de experiências, práticas sociais e políticas alternativas acontecerem. A exemplo disso, o QUADRO 5 expõe de forma detalhada o pioneirismo de alguns países africanos frente as suas Medicinas Alternativas e Populares:

QUADRO 5 - MEDICINAS ALTERNATIVAS E POPULARES EM PAÍSES DA ÁFRICA

PAÍSES	TRAJETÓRIAS E PIONEIRISMOS AFRICANOS NAS MEDICINAS ALTERNATIVAS	DESDE
Gana	Curandeiros tradicionais oficializados desde a independência em 1956. Estudo da prática de curandeiros tradicionais motivado pelo governo. Motivos para tal: a) a preocupação de revitalizar as instituições tradicionais como sinal de independência; b) falta de recursos financeiros e outros em áreas remotas; c) a necessidade de alavancar os recursos de todos os curandeiros tradicionais para tratar e prevenir doenças infecciosas e outras. Quatro tipos de curandeiros tradicionais foram identificados: a) parteiras tradicionais; b) fitoterapeutas; c) espiritualistas; d) curandeiros místicos. Em 1974, a OMS ajudou Gana, fornecendo os fundos necessários para estabelecer o Centro para o Estudo Científico de Fitoterapia. Em 1990, o Ministério da Saúde de Gana decidiu criar um serviço de medicina tradicional dentro do Ministério para encorajar os curandeiros tradicionais a cooperar com os programas de atenção primária à saúde.	1956
Etiópia	Embora na Etiópia a Medicina Tradicional seja tão variada quanto a cultura do país, dois elementos fundamentais caracterizam os diferentes sistemas de medicina tradicional: a) a abordagem holística dos problemas humanos; b) o entrelaçamento de crenças médicas “místicas” com o empírico. As primeiras disposições legais relativas à medicina tradicional na Etiópia apareceram no Código Penal de 1957. Em 1979 o Ministério da Saúde nomeou uma Comissão de Especialistas para organizar e coordenar a promoção da medicina tradicional no país. Posteriormente, foi criado um Gabinete de Coordenação cuja missão era: a) organizar, formar e aprovar curandeiros; b) coordenar e estimular a pesquisa em medicina tradicional e organizar seminários e workshops para praticantes da medicina tradicional e moderna; c) identificar, descrever e endossar remédios tradicionais e curandeiros que realmente têm, ou provavelmente terão, uma ação eficaz; d) estudar as possibilidades de implantação de herbários e museus de plantas e objetos de uso na medicina tradicional; e) preparar-se para a integração, a longo prazo, da medicina tradicional no sistema estruturado de saúde.	1957
	A Associação Nacional de Curandeiros Tradicionais do Zimbábue (ZINATHA) foi criada em julho de 1980. Em 1981, o Governo do Zimbábue aprovou uma lei conhecida como Lei dos Curandeiros Tradicionais, que contribuiu para o desenvolvimento da medicina tradicional no Zimbábue de várias maneiras. Primeiro, a lei reconheceu ZINATHA como a associação legal à qual todos os curandeiros tradicionais deveriam aderir. Esse status permitiu que eles se organizassem de forma mais aberta e eficaz do que no passado. Em segundo lugar, a lei previa, juntamente com a Associação, um conselho de medicina tradicional oficialmente denominado Conselho dos Curandeiros Tradicionais. Com o estabelecimento de ZINATHA e do Conselho de Curandeiros Tradicionais, a pesquisa em medicina tradicional no Zimbábue foi mais fácil do que no passado. Muitos curandeiros tradicionais	

Zimbábue	estão agora mais dispostos do que antes para falar sobre sua atividade e o estigma associado à medicina tradicional durante a era colonial praticamente desapareceu. O ano de 1981 também foi um ponto de viragem na história da relação conflituosa entre os sistemas de saúde modernos e tradicionais no Zimbábue. A cooperação entre esses dois sistemas agora é possível e, de fato, incentivada. Embora o estado lide oficialmente apenas com o setor moderno, ele permitiu que o setor tradicional se desenvolvesse por conta própria, sem controles oficiais excessivos. Os curandeiros tradicionais, por meio de sua associação e conselho, ficaram com a responsabilidade essencial de determinar e controlar suas atividades. O número de curandeiros tradicionais aprovados pela ZINATHA é de cerca de 24.000, mas o processo de registro continua.	1980
Nigéria	Não existe uma política oficial em relação à medicina tradicional e os curandeiros tradicionais continuam a exigir o reconhecimento da sua profissão. A problemática está no não consentimento dos curandeiros tradicionais da avaliação científica de seus remédios. Assim, as autoridades não reconhecem globalmente suas práticas. As autoridades têm usado os serviços de medicina tradicional principalmente por meio de parteiras tradicionais, cujo treinamento e uso foram promovidos por muitos governos estaduais e pelo governo federal. Continua-se a subscrever a ideia de cuidar dos doentes psiquiátricos no quadro da aldeia, de acordo com a abordagem comunitária seguida pelos curandeiros tradicionais lançada pelo Professor Adeoye Lambo há quase 30 anos.	1980
Botswana	A promoção da colaboração e cooperação entre o setor da saúde tradicional e o setor da saúde formal acontece há mais de dez anos no país. Contudo, não acontece ativamente a integração dos dois sistemas por temer-se que isso prejudicasse um ou outro dos setores; em vez disso, um desenvolvimento em paralelo foi encorajado, colocando sob responsabilidade dos distritos a formulação de eventos, práticas, seminários e acordos.	1990
Camarões	Desde os tempos coloniais, toda a medicina tradicional foi tratada da mesma forma e proibida. A lei que proíbe esse tipo de medicamento ainda não foi divulgada e um projeto de lei para reconhecer a medicina tradicional está em estudo. A medicina tradicional, portanto, continuou, mas clandestinamente. As parteiras tradicionais agora estão bem integradas às equipes de atenção primária à saúde. Prevê-se agora a utilização de psiquiatras e médicos tradicionais e seus “hospitais de mato” no planejamento dos serviços da nova Direção de Saúde Materno-Infantil e Saúde Mental, criada por decreto de 1989 relativa à reorganização do Ministério Público Saúde.	1990
Quênia	Existem dois tipos principais de curandeiros tradicionais: 1) praticantes da medicina tradicional, incluindo fitoterapeutas, adivinhos, médiuns, protetores, fazedores de chuva, etc. e 2) parteiras tradicionais, frequentemente chamadas de parteiras tradicionais de forma depreciativa. Como essas pessoas realmente fornecem muitos outros serviços de saúde além do parto, o termo “parteira tradicional”, que se refere especificamente ao parto, é inapropriado. Os curandeiros tradicionais e as parteiras tradicionais usam plantas medicinais mais ou menos dependendo de sua especialização. Sem legislações oficiais.	1990
	Existe uma lei geral em Uganda que cobre a prática da medicina, bem como leis especificamente relacionadas a médicos, dentistas, farmacêuticos, enfermeiras e paramédicos que praticam a medicina moderna. Mas não existe uma lei específica que rege as atividades dos curandeiros tradicionais. Sua prática é, portanto,	



Uganda	regulada por uma espécie de lei amorfa que não estabelece suas responsabilidades e limites específicos. Como o governo não reconhece claramente os curandeiros tradicionais, não é possível agrupá-los em uma associação legal e suas atividades de saúde não são reconhecidas nem apreciadas. No entanto, em estudo sobre o papel dos curandeiros tradicionais na gestão de doenças diarreicas revelou que em todas as aldeias de Uganda havia pelo menos dois curandeiros tradicionais. Há, portanto, um grande número de curandeiros no país que tratam mais de 80% da população. Devido à confiança que a população continua a ter neles, os curandeiros tradicionais ocupam um lugar único na sociedade ugandense.	1990
--------	---	------

FONTE: WHO. Org.: DIAS, M.A. (2021).

Além da notória organização das nações africanas, principalmente no Zimbabwe, das oficializações e “ajuda” de órgãos estrangeiros, o que chama atenção são as recusas de alguns atores sociais/curandeiros, em se submeter a testes e questionários da OMS, caso de Gana, Nigéria, Botswana e Camarões. Imagina-se que isso se deve à aversão deles a qualquer nova tentativa colonial de aculturação, apropriação de seus saberes e técnicas. Isso, porém, não impede a prática, tendo em vista que as populações africanas perpetuam sua confiança em seus curandeiros populares.

Os contextos que cercam os países africanos, assim como os países “colonizados, silenciados e oprimidos do pensamento abissal”, são o da busca por alternativas à grande pobreza e escassez de serviços à saúde, e tais percalços são fruto do processo “colonial-imperial e neocolonial do Norte” (TAVARES, 2009, p. 184).

A divisão do mundo em Norte (rico) e Sul (pobre) está intrínseca no pensamento e *modus operandi* das nações, exigindo, conforme Santos e Meneses (2009, p. 44), “o reconhecimento da persistência desse pensamento para que se possa pensar e agir para além dele [...] em direção a um pensamento pós-abissal”. Uma das diversas formas de chegar a isso é por meio da valorização das medicinas alternativas e populares.

Já existem exemplos desse caminhar, como é o caso de Cuba. Na ilha caribenha acontece, de forma ampla e legal, o incentivo à chamada Medicina Natural e Tradicional (MTN), disponível em todo país. O detalhe principal é que a medicina científica ocidental/modelo biomédico lá é secundária, como se fosse a ela etiquetada a categoria complementar. Essa construção só foi possível graças à organização e à regulação adequadas, priorizadas pelo governo cubano em conjunto com a população.

Corroborar-se, assim, que as nações da África, Ásia e Américas Latina e Central usam a Medicina Tradicional para ajudá-los a atender às suas necessidades primárias de saúde. Além de ser acessível, a MT também faz parte de um sistema de crenças mais amplo e é considerada parte integrante do cotidiano de bem-estar. Também são essas nações que detêm as fontes de conhecimento, as práticas alternativas, populares e tradicionais para a saúde, que, de forma jocosa, são sumariamente apropriadas pela OMS.

Ironicamente, apesar de ser a fonte de alívio médico para 80% da população mundial, a Medicina Tradicional e seus conhecimentos associados são percebidos como uma forma de conhecimento local, em contraste com a biomedicina ocidental. Uma série de fatores explicam o suposto status local da Medicina Tradicional, e o cosmopolita status de sua contraparte ocidental. O fator mais crítico é a hierarquia colonial de cultura e poder em que os povos não ocidentais e seus sistemas de conhecimento são alvo, tratados com desdém e revogação. (OGUAMANAM, 2008, p. 495).

Todas essas afirmações não são meras coincidências, já que elas ainda fazem parte do longo processo de apropriação e deslegitimação que as nações “menos desenvolvidas” enfrentam há séculos.

As direções tomadas pela OMS (2019) e seus Estados membros para as MTCs, ao longo dessas últimas décadas, visou alcançar mais de 3 bilhões de pessoas, de forma a cumprir com seus objetivos principais como: a universalidade do acesso e a criação de mecanismos de controle e ação.

Posto isso, confirma-se que os esforços da OMS são significativos e têm contribuído para a ampla divulgação das medicinas alternativas, de forma a possibilitar uma nova compreensão de saúde e bem-estar a seus usuários. Mas, tais esforços deixaram sem luzes as suas fontes e seus mentores: os povos e culturas do Sul, da Tradição, do Multiculturalismo. Por mais que tais regulações cheguem de forma organizada para a população residente do país, elas não estão sendo formuladas em conjunto com seus atores sociais, prejudicando a atuação e a afirmação legítima das alternativas e de seus atores.

### *2.3.3 A Medicina Tradicional e Complementar no Brasil*

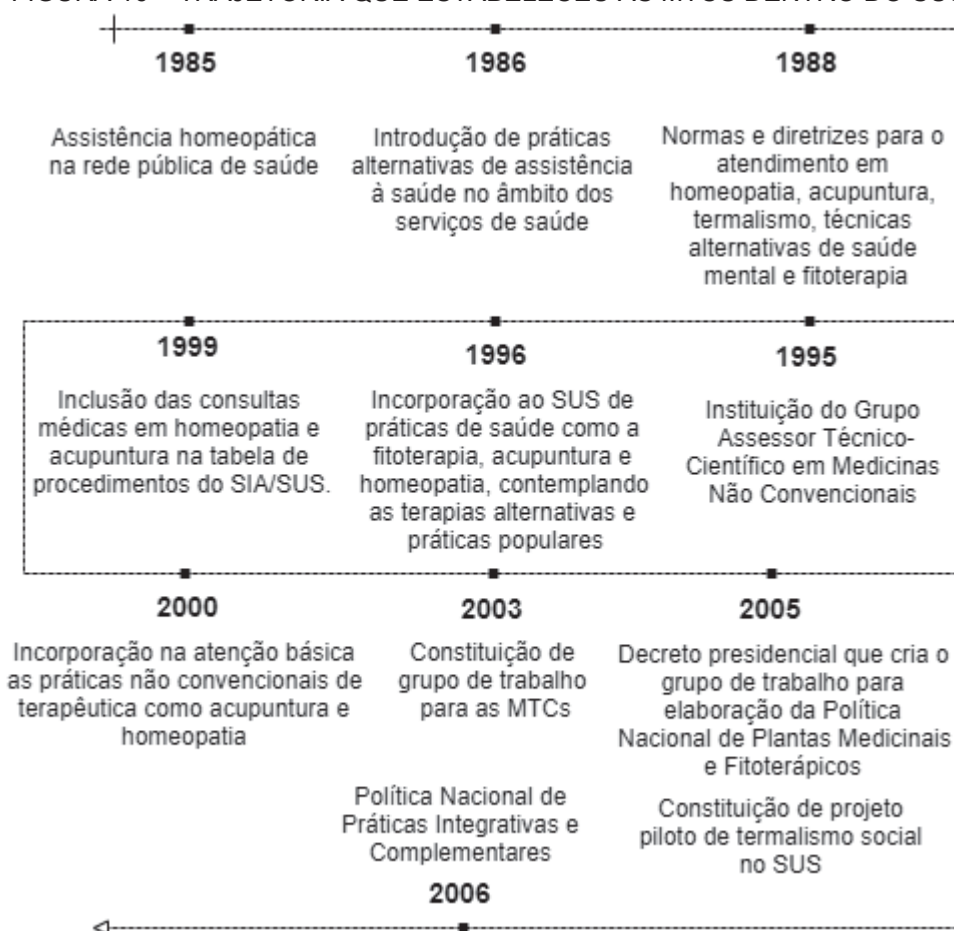
No Brasil, oficialmente, as alternativas em saúde são chamadas de Medicina Tradicional e Complementar (MTC), assim como na OMS. O país possui uma longa trajetória de cuidados à saúde humana utilizando-se de

práticas e saberes populares e tradicionais. Tais características estão em acordo com a formação do povo brasileiro, miscigenado em indígena, negro, caboclo, branco, cafuzo, etc. A diversidade étnica e cultural determinou práticas, crenças e espiritualidades que regem a população brasileira, e a saúde não ficou alheia a isso.

O acesso aos serviços de saúde no Brasil é proporcionado, para a grande maioria da população, pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Sistema idealizado desde a Constituição Federal em 1988, mas de fato instaurado nas instâncias federativas apenas com a Lei 8.080, em 1990. O SUS está pautado em princípios da universalidade, equidade e integralidade, sendo uma referência de saúde para o mundo. Após um longo período de discussões, as Medicinas Tradicionais Complementares (MTC) foram incluídas no rol de ofertas do SUS e, prioritariamente, na Atenção Primária à Saúde (APS).

Segundo Brasil (2015), a trajetória brasileira para as MTCs (FIGURA 16) acontece desde a década de 1980, mesmo antes da criação do SUS:

FIGURA 16 – TRAJETÓRIA QUE ESTABELECEU AS MTCs DENTRO DO SUS



FONTE: BRASIL, 2015. Org.: DIAS, M.A. (2021).

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC, Portaria n.º 971 de maio de 2006, p. 5) tem como objetivo atender “(...) à necessidade de se conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências que já vêm sendo desenvolvidas na rede pública de muitos municípios e estados”. A institucionalização da PNPIC permitiu a inclusão de variáveis e o monitoramento nos sistemas de informação de saúde.

As práticas alternativas à saúde que já acontecem no território brasileiro há muito tempo, foram reguladas como forma de atender alguns setores específicos da sociedade (Vigilância Sanitária, Assistência Farmacêutica, Medicina Antroposófica, Fitoterapia, etc.), assim como propiciar a descentralização e a instauração (DIAS, 2019, p.8) das PICS<sup>19</sup> (Práticas Integrativas e Complementares).

As PICS fazem parte da Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa - MT/MCA (OMS), e, atualmente, são 29<sup>20</sup> procedimentos ofertados, de forma gratuita e integral, no SUS, sendo gerenciados localmente. Os usuários das unidades Básicas de Saúde (UBS) que desejam receber alguma PICS são encaminhados pelos profissionais habilitados (DIAS, 2019, p. 9).

Em oito anos a procura pelas PICS cresceu 670%, passando de 271 mil, em 2008, para 2,1 milhões em 2016, reflexo da inserção das terapias nas UBS. Em 2017, foi verificada a adesão de todas as capitais e de 8.200 Unidades Básicas de Saúde (UBS) distribuídas em 3.994 municípios (CNPICS, 2020, p. 7). Para os anos de 2018 e, parciais de 2019 (TABELA 4):

---

<sup>19</sup> [...] sistemas e recursos terapêuticos que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de doenças e da recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade (BRASIL, 2006, p. 13).

<sup>20</sup> Dentro das Práticas Integrativas e Complementares (PICS) assumidas pela Portaria de 2006 estão: Fitoterapia, Acupuntura, Homeopatia, Medicina Antroposófica e Termalismo. Em 2017 mais 14 PICS foram instituídas: Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga. E, em março de 2018,<sup>20</sup> o Ministério da Saúde, durante o 1.º Congresso Internacional de Práticas Integrativas e Saúde Pública (INTERCONGREPICS – RJ), incluiu mais 10 PICS ao SUS: Apiterapia, Aromaterapia, Bioenergética, Constelação Familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Imposição de mãos, Ozonioterapia e Terapia de Florais, totalizando, assim, 29 Práticas Integrativas e Complementares.

TABELA 4 – CENÁRIO DA OFERTA DE PICS NO BRASIL (2018 E 2019)

OFERTAS	2018	2019
Municípios	4.159	4.297
Capitais	todas	todas
Público Participante	665.853	942.970
Atendimentos Individuais	989.704	693.650
Atendimentos Coletivos	81.518	104.531
Procedimentos	357.155	628.239

FONTE: CNPICS (2020). Org.: DIAS, M.A. (2021).

No ano de 2019, as PICS foram disponibilizadas em 77% dos municípios brasileiros, mas, mesmo com a ampla oferta em território nacional, o número de usuários permanece abaixo da expectativa ao longo dos anos. É possível considerar que incentivos não estão sendo dados, seja por parte dos profissionais que estão na linha de frente dos atendimentos, sobretudo médicos das UBS, que podem não estar de acordo com as medicinas alternativas, ou das secretarias estaduais e municipais que têm o papel de gerenciar e divulgar a oferta das práticas.

Cabe ainda considerar que, dentro das categorias (atendimentos coletivos e individuais), há uma repetição de usuários, ou seja, o mesmo usuário que é atendido individualmente, também poderá ir para o atendimento coletivo, e vice-versa. Além disso, também há um *gap* entre o público total participante e os atendimentos ofertados. Isso é brevemente pontuado no Relatório de Monitoramento Nacional das PICS (CNPICS, 2020) como ausência de classificação e indicação pelo médico no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP).

Com a estratificação dos dados na TABELA 5, é possível perceber as porcentagens de ofertas de PICS nos estados brasileiros e DF:

TABELA 5 - PORCENTAGEM DE OFERTA DE PICS NOS ESTADOS BRASILEIROS E DF (2019)

UF	TOTAL DE MUNICÍPIOS COM OFERTA	OFERTA NO ESTADO	UF	TOTAL DE MUNICÍPIOS COM OFERTA	OFERTA NO ESTADO
AP	16	100%	PB	176	79%
DF	1	100%	SE	59	79%
PE	173	94%	MA	169	78%
AL	94	92%	MT	109	77%
CE	165	90%	MG	646	76%
BA	373	89%	TO	102	73%

<b>AM</b>	55	89%
<b>MS</b>	70	89%
<b>RJ</b>	81	88%
<b>RR</b>	13	87%
<b>AC</b>	19	86%
<b>RN</b>	141	84%
<b>PA</b>	120	83%
<b>SC</b>	245	83%
<b>RO</b>	43	83%

<b>RS</b>	357	72%
<b>ES</b>	56	72%
<b>SP</b>	454	70%
<b>GO</b>	170	69%
<b>PI</b>	161	66%
<b>PR</b>	229	57%

**Legenda:**

> 90%	> 80%	>70%
> 60%	até 60%	

FONTE: CNPICS, 2020 e DIAS, M.A. (2021). Org.: DIAS, M.A. (2021).

Verifica-se que a maioria dos estados brasileiros estão ofertando as PICS em suas Unidades Básicas de Saúde (UBS), e em todas as capitais. Acerca do Paraná, estado que apresenta a menor porcentagem (57%) de oferta, foi verificado em estudo (DIAS, 2019) que a concentração das PICS se dá nos grandes centros ou em suas proximidades, nas regiões metropolitanas, evidenciando o não incentivo das práticas por parte do estado e a lógica Centro/Moderno e Periferia/Tradição, até mesmo para as alternativas, em gênese, pertencentes à Tradição:

as práticas mais 'famosas', como acupuntura, homeopatia estão presentes nos municípios mais desenvolvidos, economicamente, como Curitiba, Maringá, Londrina, Cascavel, etc., que apresentaram um número maior de PICS, enquanto os municípios periféricos e menos desenvolvidos não dispõem de tais práticas e incentivos (DIAS, 2019, p.11).

Outras estimativas foram pontuadas na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS, 2013), indicando que 7,6 milhões de pessoas (3,8% da população) já fizeram uso de alguma PICS, sendo seu uso predominante nas regiões Norte (5,9%) e Sul (5,2%). O perfil dos usuários que mais as utilizam são os com nível superior completo (7,4%) (BRASIL, 2013, p. 51).

Já em 2020, a Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE, 2020) evidenciou um aumento de mais de 2 milhões de usuários das PICS ofertadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), somando mais de 10 milhões de pessoas no Brasil todo. As regiões Nordeste e Sul mantiveram a predominância do uso. Seus usuários possuem nível superior completo, faixa etária entre 40 e 60 anos ou mais, mulheres, brancos e com rendimento superior a 5 salários-mínimos. O uso das plantas medicinais e fitoterapias é a prática mais frequente, seguida da acupuntura, homeopatia e meditação.



Segundo estudos realizados por Toniol (2016), Tavares (2012) e Magnani (1999), os sujeitos que mais utilizam as chamadas práticas alternativas e complementares em saúde são usuários do Sistema Único de Saúde e frequentadores das Unidades Básica de Saúde. Traçando um perfil socioeconômico, os autores evidenciaram que tais usuários não estão alocados nas classes média e alta, nem nos elevados graus de escolaridade, e não residem nas áreas centrais das cidades. A presença das PICS dentro do SUS explicita a oferta e procura de outros tratamentos para as enfermidades. Por mais que a medicina científica seja soberana em suas práticas, há na sociedade um movimento e quiçá um resgate histórico e cultural para os cuidados com a saúde.

Esse resgate é engrandecido pela importação há alguns anos de antigos sistemas médicos, como a Medicina Tradicional Chinesa, há mais tempo no Brasil, e a mais recente, o Ayurveda, mas também pela recuperação de medicinas e práticas populares do próprio Brasil (LUZ, 2005).

O mercado das alternativas em saúde está em ampla expansão, algo que também fora evidenciado por Tavares (2012) e representa lógicas condizentes com o cotidiano da enferma sociedade pós-moderna e capitalista, acontecendo não apenas em território brasileiro, mas no conjunto dos países latino-americanos (LUZ, 2005).

A produção científica também está acompanhando o ritmo das normativas oficiais dos últimos anos para as MTCs e, de fato, apresentou um avanço significativo nos últimos 5 anos, em razão da crescente oferta das PICS.

As temáticas que envolvem as medicinas tradicionais e suas práticas alternativas em saúde são multifacetadas e passíveis de estudo em diversas áreas do conhecimento. De forma a identificar essa diversidade e dimensionar o estado da arte, uma busca foi realizada no banco de teses e dissertações da CAPES, para o período entre 1987-2018 (APÊNDICE 2) e 1987/2018-2019. A palavra-chave e temática de busca foi “medicina alternativa”.

A busca de estudos, para o período 1987-2018 com a temática “medicina alternativa”, resultou em um total de 46 trabalhos, distribuídos entre 36 dissertações e 10 teses. Desses, 12 trabalhos são de domínio dos cursos de Saúde Pública, Coletiva e Atenção à Saúde. Verificam-se ainda trabalhos com

viés religioso e psicanalista. Trabalhos que ampliam a discussão teórica da temática foram encontrados nas áreas das Ciências Sociais.

Já para o período de 1987/2018-2019, foram encontradas 49 dissertações e 41 teses (APÊNDICE 3). Um salto bastante significativo para a temática da “medicina alternativa”. Presume-se que a produção dos trabalhos abarcou o período de 2015 (período normal de 4 anos para teses) a 2017 (período de 2 anos para dissertações), mostrando-se em conformidade ao desenvolvimento de normativas à área, ampliação do quadro de PICS no SUS e em estabelecimentos diversos, como: Academia da saúde, Centro de Apoio à Saúde da Família/CASF, Centro de Atenção Psicossocial-CAPS, Clínica Especializada, Ambulatório Especializado, Consultório/Hospital Especializado, Hospital Geral, Policlínica, Pronto Atendimento, Serviço de Atenção Domiciliar Isolado (*home care*), Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia.

A diversidade de pesquisas e áreas do conhecimento com a temática da medicina alternativa está presente nos estudos encontrados (TABELA 6). O uso de ervas e suas propriedades medicamentosas são temáticas crescentes nos trabalhos, impulsionando o estudo e desenvolvimento da fitoterapia, caso das Ciências Farmacêuticas (5) e Biologia (5). Os trabalhos de Saúde Pública, Coletiva, Saúde da Família e Atenção à Saúde são majoritários (26), com focos em normativas, institucionalizações e estudos de caso sobre PICS. Há ainda estudos voltados para a produção de insumos vegetais aplicados à farmácia, química, biotecnologia e veterinária. Trabalhos pertencentes às grandes áreas do conhecimento, “humanas” e “social e aplicadas” (8), apresentam teorias e debates acerca do modelo biomédico, problemáticas enfrentadas pelos estudantes de medicina e o uso das alternativas.

TABELA 6 – DIVERSIDADE DE PESQUISAS E ÁREAS DO CONHECIMENTO À MEDICINA ALTERNATIVA

ÁREAS	2018	2019	TOTAL
Saúde Coletiva, Saúde Pública	12	14	26
Sociologia, Antropologia, Ciências Sociais	5	3	8
Medicina	3	2	5
Psicologia	2	5	7
Enfermagem	2	3	5
Ciências Farmacêuticas	1	4	5

Biologia	0	5	5
Geografia	0	2	2

FONTE: CAPES, 1987, 2018 e 2019. Org.: DIAS, M.A. (2021).

Há ainda a discussão por outras áreas do conhecimento não antes contempladas, de Biologia (5) e Geografia (2). Os estudos da Biologia se vertem para as especificidades da biociência, bioexperimentação, celular, estrutural e agrossilvipastoril. Já na Geografia, foram desenvolvidos estudos de casos e avanços teóricos para os saberes alternativos de grupos tradicionais, como as benzedadeiras.

A somatória dos períodos 1987-2018-2019 (TABELA 7) resultou em 136 trabalhos, distribuídos entre 85 dissertações de mestrado e 51 teses de doutorado.

TABELA 7 – PANORAMA DAS PRODUÇÕES CIENTÍFICAS PARA MEDICINA ALTERNATIVA

PERÍODO		DISSERTAÇÕES	TESES
de 1987	Até 2018	36	10
	Até 2019	49	41
TOTAL		85	51
		36%	310%

FONTE: CAPES, 2019. Org.: DIAS, M.A. (2021).

Em comparação com o período de 1987-2018, as produções de 2019 cresceram 35% para dissertações e 310% para teses. Essa disparada reflete os processos pelos quais a sociedade está promovendo, em acordo com os pressupostos já estimados pelos pós-modernistas, a experiência dando lugar à autorreflexão, e ademais, também segue um movimento em rede, em conjunto com os países do Sul, e especificamente, com os da América Latina, que possuem heranças históricas e culturais bastante semelhantes.

Perspectivas outras devem ser investigadas para as medicinas tradicionais e alternativas, como o mercado das terapias e espiritualidades, impulsionado pelo delineamento das PICS; as disputas territoriais da cura e as formações e especializações instantâneas de terapeutas.

Ademais, tais evidências exigem o cuidado ao se apropriar dos conhecimentos tradicionais e suas práticas “alternativas” em saúde, compactuando com o legado da colonização e o consequente eurocentrismo, que afetou não somente as relações culturais e sociais, mas o campo epistemológico da vida na colônia (LANDER, 2005).

### 3. ESPIRITUALIDADE, RELIGIÃO E SAÚDE

#### 3.1 A Preferência do Espiritual e não mais do Religioso

O pluralismo religioso cada vez mais se consolida como uma realidade social, fruto da dinâmica cultural e, por isso, complexo e multifacetado, sendo difícil sua definição. Deixam-se assim, suas investigações a cargo dos antropólogos e seus secularismos. Mas, a religiosidade é fator e condicionante intrínsecos ao espaço geográfico e o seu comportamento pode ser observável por três esferas: individual (realizado a partir da experiência do sagrado); conceitual e doutrinal (corresponde à ideia universal de uma “realidade última” relacional ao ser humano) e social (integração do indivíduo, criação de ordens sociais e institucionais, responsáveis pelos aspectos éticos) (GIL FILHO, 2008).

Na tentativa de definir religião<sup>21</sup>, Asad (2010) corrobora que não pode haver uma universal, “[...] não apenas porque seus elementos constituintes e suas relações são historicamente específicos, mas porque esta definição é ela mesma o produto histórico de processos discursivos” (ASAD, 2010, p. 264).

Com a espiritualidade não é diferente, e sua preferência na modernidade se dará, sumariamente, em razão de duas esferas, pertencentes à religião: a individual e a social, rejeitando assim, a conceitual e doutrinal.

Na investida de defini-la<sup>22</sup>, ela é um instrumento discursivo bastante popular e, por isso mesmo, inespecífico, carregada de conjunturas descritivas, portanto qualquer tentativa de definição pode ser insuficiente para contemplar todos os seus meandros<sup>23</sup> (PAULA, 2020).

De forma comparativa, “[...] a espiritualidade é a dimensão das perguntas de sentido, enquanto a religiosidade está referida às respostas às

---

<sup>21</sup> “um fenômeno trans histórico e transcultural”; “apenas uma forma primitiva”; “um espaço distintivo da prática e da crença humanas que não podem ser reduzidas a nenhum outro” (ASAD, 2003), ou um conjunto de crenças e dogmas sobre a divindade, sentimentos de veneração e medo em relação a ela, padrões morais para comportamentos individuais e sociais e práticas rituais, principalmente oração e sacrifício para adoração (DIAZ, 2019, p. 54).

<sup>22</sup> É um fenômeno fluido, “um ato”, por ser experienciada, alvo de ação, em que acontece uma busca pessoal, por “[...] significados e sentidos da vida, que pode ou não levar ou surgir a partir de uma filiação religiosa” (GRAMACHO, 2019, p. 13). Além disso, é ação, por ser “[...] constante dentro de contextos sociais e históricos” (TONIOL, 2017, p. 146).

<sup>23</sup> Corroborando essa explicação de Paula (2020) expõe-se que até mesmo o uso do termo “espiritualidade” no trabalho se deu pela escolha de um termo que melhor se adequasse ao diálogo com as questões de saúde pública, sem adentrar o campo do estudo da religião.

perguntas fundamentais de sentido existencial oferecidas pelas religiões” (ESPERANDIO, 2020, p. 9).

As penosas definições assim o são, pois a linguagem, o mito e a religião são instrumentos que fornecem propósitos do devir da humanidade. Isso afasta o ser humano do universo dos fatos e aproxima-o do universo simbólico, por isso angariado de senso comum (GIL FILHO, 2008), repleto de emoções, sentimentos, crenças, preconceitos e outros sistemas de validação misturados (DUTRA, 2011).

Em essência, as instituições religiosas buscam aplacar a angústia decorrente do momento da passagem da vida humana. A religião faz isso e de alguma maneira busca fazer a ligação entre a vida material e a transcendência, que é variada conforme o credo, a religiosidade e a igreja (MENDONÇA, 2019).

A espiritualidade corresponderia à forma variada, “é o que resta quando você elimina a autoridade institucional e teológica das religiões” (KEANE, 2011, s. p). Seu caminho é uma escolha, e se dará quando não mais se acredita nos “rituais exclusivos, hierarquias legislativas, códigos de adesão” ou não mais são suficientes as respostas-prontas (KEANE, 2011).

A liberdade que o trajeto da espiritualidade fornece também é motivo para a preferência do espiritual e não mais do religioso (CANNEL, 2010) que presumivelmente anula os impedimentos impostos pela religião e possibilita descobertas subjetivas. A diminuição da participação religiosa e o aumento da indiferença no mundo ocidental se deve ao crucial pluralismo da sociedade moderna e, à atual, possibilidade de escolha (BRUCE, 1996).

Paula (2020, p. 113) mostra que a experiência religiosa já é temática fundamental na área da psicologia, aproximando-se assim do discurso científico, contudo, isso é feito ignorando “totalmente o ramo institucional das organizações eclesiais”, compreendendo que “é muito importante insistir na distinção entre religião como um indivíduo-função-pessoal e, religião como uma instituição, corporativa ou tribal de produtos” (JAMES, 1958, p. 255, tradução nossa).

Tal distinção é feita, pois, segundo o autor, a “história evidencia a hipocrisia de gênios religiosos que atraem discípulos para as suas próprias ambições corporativas”, desvirtuando o princípio da ação (JAMES, 1958, p. 255, tradução nossa).

É no “indivíduo-função-pessoal” caracterizado por James (1958) que a ideia da espiritualidade estará presente, por ser uma dimensão inerente a todos os seres humanos, não depende do voluntarismo de uma crença para existir, mas sim decorre da disposição da pessoa (TONIOL, 2012; 2016; 2017).

A categoria “espiritualidade” e seus processos de institucionalização devem ser vistos em complexidade e sobressalientes das suas perspectivas analíticas, dominantes nas ciências sociais, assim, não corre-se o risco de “produzir um enquadramento analítico [...] que não está ancorado em suas presumidas vinculações com religião, mas, pelo contrário, que aposta nos benefícios de acompanhar as variações nas formas de definir essa categoria” (TONIOL, 2017, p. 292).

A espiritualidade multifacetada pode ser vivenciada por si só, sem a necessidade de religiões para a sua existência. Esse des-elo, principalmente no tempo moderno, condiz com as atrocidades históricas realizadas por instituições religiosas e pelas fantasiosas explicações das origens do mundo (DAWKINS, 2006); é um estresse instalado pela transmutação da religião coletiva para dentro da modernidade.

As sociedades cada vez mais plurais incidem diretamente na rejeição dos dogmas cristãos e do próprio termo religião, mas ainda são visíveis, às vezes de maneiras contraditórias, práticas que muitos antropólogos classificariam como religião (CANNEL, 2010, p. 88, tradução nossa).

Weber (1987) e Pierucci (1998) já pontuavam determinados processos intrínsecos às religiões, com os quais as sociedades mais cedo ou mais tarde iriam se defrontar: o desencantamento e a racionalização e/ou desmagicalização. Ao racionalizar, o crente quer encontrar e superar a origem do sofrimento. A espiritualidade, isenta de religião, irá atender justamente a esse viés racional.

Na história das religiões sempre houve o impulso para outras formas de pensamento que revolucionassem os valores sociais, como a ética (ASAD 2003; CASANOVA 1994; SANTOS, 2003). Foucault já tratava do poder religioso quando ressignificou o morrer e o saber, retido nas mãos dos sacerdotes, depois, passado para as mãos dos médicos.

Apesar das qualidades trans histórica e transcultural das religiões, a ciência ainda vai considerá-la como um conhecimento ingênuo (não crítico),



fragmentário (porque é difuso, assistemático e muitas vezes sujeito a incoerências) e conservador (resistente às mudanças) (ARANHA e MARTINS, 2004). Tal recusa se pauta no espectro de que a condição humana, de senso comum, é cheia de ignorância, dores e injustiças, e se mostra frágil por encontrar, nos símbolos religiosos, um meio para encarar sua condição de forma positiva (ASAD, 2003). Essa condição positiva está presente na essência dos sistemas médicos alternativos e terapêuticas “não convencionais” para a saúde e não correspondem de fato ao campo das religiões, mas sim da espiritualidade.

Em razão da efervescência dos processos tecnológicos e da globalização, as ciências médicas e sua produção se abrem para novas perspectivas. É pelo uso da espiritualidade que o diálogo será iniciado, e isso se deve, principalmente, ao desvínculo com a religião.

Gramacho (2019) coloca que, desde a década de 1980, percebe-se uma crescente nas pesquisas científicas relacionadas às temáticas religiosidade/espiritualidade e saúde, com epidemiologistas norte-americanos relacionando-as aos indicadores de saúde (SANTOS, 2009), seguindo e ampliando as perspectivas da temática para os próximos vinte anos.

O par espiritualidade-saúde nos EUA possui “uma efervescente história pregressa, que vai dos movimentos de cura do século XIX ao sucesso da meditação transcendental e da *Body/Mind Medicine* nos anos 1970” (PAULA, 2020, p. 96), modelos e estilos de vida que serão exportados para o resto do mundo a partir dos anos 2000.

Os motivos que fizeram o mercado dessa relação (espiritualidade-saúde) crescer são: a indisponibilidade de serviços de saúde gratuitos, algo bastante similar nos demais países do Sul do mundo; e a seara conflituosa vivenciada pelos estadunidenses, principalmente com os atentados terroristas, a devolutiva por conflitos armados, a xenofobia, intolerância religiosa, a crise econômica, etc. Tais entraves forçaram reflexões mais íntimas para “questões de identidade, pluralismo e tolerância”, de forma que os entendimentos públicos sobre a espiritualidade foram sendo reposicionados.

Além desses motivos, a “consolidação de uma economia moral da saúde, suscitada pelo avanço em áreas como a pesquisa genética e as neurociências” (PAULA, 2020, p. 96) também aproximaram as fronteiras historicamente antagônicas da espiritualidade e ciência. De forma pioneira, a

neurociência e sua curiosidade acerca da consciência irão evidenciar que o cérebro humano é evolutivamente equipado para a espiritualidade e tal confirmação possibilitará estudos sobre a sensibilidade metafísica, amplamente experienciada por determinadas religiões ditas “mais espirituais”.

Com tais contextos, as modelações que concretizaram a relação saúde-espiritualidade são dispostas a seguir.

### **3.2 A Espiritualidade como fator para a Saúde**

A temática da espiritualidade e sua relação com a saúde está em crescente e acelerada produção intelectual. Ela acontece em diversos campos do conhecimento, com discussões sobre: relações de poder e espiritualidade (VEER, 2001); espiritualidade como objeto para o conhecimento médico (PAULA, 2020); espiritualidade como produto de manipulação simbólica da Nova Era (HANEGRAAF, 1999), entre tantos outros.

Para as arguições a seguir, interessa, sobretudo, a relação que a espiritualidade possui com a saúde humana. A temática já foi garantida por alguns autores: Sulmasy (2006 - *The Rebirth of the Clinic: An Introduction to Spirituality in Health Care*); Giumbelli (2006 - Espiritismo e medicina); Koenig (2012 - *Religion, Spirituality, and Health*), Toniol (2017 - Espiritualidade e sua interface nos serviços de saúde); Esperandio (2020, Espiritualidade e saúde: a emergência de um campo de pesquisa interdisciplinar); Paula (2020 - A alma como problema público), e refletem complexas e plurais garantias à saúde das populações.

A espiritualidade, no âmbito da saúde, foi amplamente debatida na 37.<sup>a</sup> Assembleia Mundial de Saúde da OMS<sup>24</sup>, realizada em 1983. A proposta à época visou contemplar a espiritualidade como um fator determinante à saúde.

Toniol (2015) analisa alguns entraves resultantes do evento, como a preocupação em desvincular a espiritualidade da religião e a necessidade de garantir a correta compreensão do significado da espiritualidade, afirmando que

---

<sup>24</sup> [...] a assembleia: [...] reconhece que a dimensão espiritual tem um papel importante na motivação das pessoas em todos os aspectos de sua vida. Afirma que essa dimensão não somente estimula atitudes saudáveis, mas também deve ser considerada como um fator que define o que seja saúde. Convida todos seus Estados-membros a incluírem essa dimensão em suas políticas nacionais de saúde, definindo-a conforme os padrões culturais e sociais locais (WHA37.13 citada por TONIOL, 2017, p. 267).

a dimensão espiritual requisitada seria a que está no “[...] lado espiritual das pessoas e não das religiões ou das doutrinas que elas seguem” (KHAYAT, 1998; TONIOL, 2015, p. 205).

Cabe ressaltar que o processo de inserção da espiritualidade e seu vínculo com saúde já é anterior à referida assembleia. Segundo Toniol (2017), isso acontece desde a criação da OMS em 1948, mas, de fato, a legitimidade dentro da OMS só ganha força com a denúncia das precárias condições políticas e econômicas mundiais da década de 1970.

Com o fim do período colonial e a independência das colônias, 77 países, depois caracterizados de Terceiro Mundo (G-77), unem-se em uma coalização - NIEO (Nova Ordem Econômica Internacional – *New International Economic Order*). Os princípios se pautavam no desenvolvimento socioeconômico dos países-membros, com garantias ao “princípio da soberania econômica sobre seus recursos naturais, atividades econômicas em seus territórios, incluindo o direito de restringir as atividades das empresas multinacionais” entre outros (CHOREV, 2012, p.20). O movimento, após entraves e disputas de força, desencadeou uma ação contundente na OMS que “adotou uma nova agenda, com um compromisso sem precedentes para abordar as causas políticas, sociais e econômicas da saúde precária” (TONIOL, 2017).

Todas essas mudanças propiciaram um outro olhar para a necessária equidade dos sistemas e temáticas médicas díspares em saúde no mundo – do modelo biomédico entre grupos sociais mais favorecidos, e da medicina alternativa e tradicional entre os menos favorecidos (CHOREV, 2012, p. 20).

Em conjunto, não era mais possível ignorar o fenômeno que acontece com pelo menos 80% (BRASIL, 2017) da humanidade, que procura resolver seus problemas de saúde com práticas tradicionais, muitas vezes operacionalizadas por pressupostos da espiritualidade. Nos subúrbios e periferias do mundo, existem as bruxas, os xamãs, os curandeiros, que fazem uso de encantamentos e espiritualidades para curar os males dos corpos humanos. Na maior parte dos países africanos (64%), predominam as visões cosmológicas que concedem significados e elementos espirituais às doenças. A utilização da ayahuasca, em sua plenitude, entre comunidades indígenas, e em setores populares europeus, também se baseia em crenças semelhantes

(KARASCH, 1987; SLENES, 1991/1992; SANTOS FILHO, 1977; SILVA, 1993; PIMENTA, 2003).

Com a “autonomia na gestão de suas políticas de saúde e a adaptação dos programas da agência global às singularidades locais” (CHOREV, 2012, p. 20), os membros do NIEO enunciaram suas medicinas tradicionais e populares de terceiro mundo, fazendo-as presentes nos documentos oficiais da OMS, como evidenciado no capítulo 2.

Após muitos debates e entraves conceituais, em 1998, concretiza-se a inserção da categoria espiritualidade e a (re)definição do conceito de saúde: “um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social, e não apenas a ausência de doenças ou enfermidades” (WHO, 1978). Na referida assembleia também foram aprovados incentivos para pesquisas científicas que investigassem e desenvolvessem técnicas de monitoramento e avaliação da espiritualidade nas pessoas (TONIOL, 2015).

Toniol (2017, p. 273) amplia a discussão ao pontuar que, de forma vagarosa, o reconhecimento da espiritualidade como uma dimensão relativa à saúde está se aproximando do campo das ciências médicas e, por formas mais específicas, verificam-se investigações e compreensões interdisciplinares como, “[...] dimensão da saúde mental; fator protetivo de saúde; vetor indicativo de qualidade de vida”.

A espiritualidade permite estudos além do aspecto biomédico, amplia-se para questões e entraves políticos, sociais, culturais, geográficos, históricos, que humanizam e modificam o *status quo*:

Estudos indicam que médicos ligados às questões de espiritualidade costumam ser melhores profissionais que os demais. Compreende-se que o ser humano mais ajustado, com melhor compreensão da dor e do sofrimento alheio, será, com certeza, mais atencioso consigo e com seus pacientes. Assim, humanizará a prática médica (SALGADO, 2006, s.p.). Muitas pesquisas demonstraram que a religião/espiritualidade influencia positivamente o estabelecimento de hábitos mais saudáveis de vida, os índices de bem-estar e qualidade de vida, a melhora e recuperação da saúde, a prevenção de doenças, a expectativa de vida e menor mortalidade (GRAMACHO, 2019, p. 14).

A legitimação do par espiritualidade-saúde conferiu imposições e um olhar particular para a formação médica, que agora deve ser contemplado nos currículos de saúde.

O contexto da espiritualidade dentro da política internacional, garantido pela OMS, foi ultrapassado, afetando, de forma mais direta, o cotidiano de

hospitais, ambulatórios (TONIOL, 2017, p. 269), caso também das PICS, instauradas no Brasil desde 2006.

Nos documentos da OMS para os países africanos, já mencionados no capítulo 2, estão postos os incentivos às formas de saúde que se aliam às espiritualidades, díspares do modelo biomédico, e de gênese das populações terceiro-mundistas. Lá, as medidas visam, além de formalizar, apropriar-se de tais conhecimentos, com vias a garantir uma saúde universal. Esse proceder ainda possui o *modus* característico do poder colonial sobre os “seus” subalternos, colonizados, já que a totalidade da perspectiva espiritual, em gênese imprescindível, é simplificada ou anulada quando desembarca em outros países.

A categoria espiritualidade foi aproximada da saúde pelas vias da medicina tradicional e popular, e essa aproximação evidencia o término da “Espiritualidade dos Outros”, adentrando e se constituindo na “Espiritualidade de Todos” (TONIOL, 2017), agora generalizante. Consequentemente, espiritualidade-saúde e suas práticas se aproximarão cada vez mais da ciência, pelos efeitos promissores em seus usuários, mas também pelo processo moderno que desculturaliza, e as torna “mais aceitáveis” pela medicina científica, como técnicas de prevenção, cuidado e bem-estar.

Essa “aceitação sob determinadas condições”, é explicitada nos estudos de Toniol (2017, p. 162), que, ao pesquisar a oferta de reiki em um hospital, observou algumas especificidades: A técnica era ofertada inicialmente de maneira mais simples por uma terapeuta que: “[...] dirigia suas mãos para o local em que estava o tumor do paciente e, então, fazia pequenos movimentos com um ou dois dedos, desenhando os símbolos no ar de modo quase imperceptível”. Mas, após se aprimorar em sua formação reikiana, “a terapeuta alterou sensivelmente sua forma de aplicação dos símbolos, tornando os gestos empregados para reproduzi-los muito mais amplos”.

Os gestos mais amplos para a aplicação da técnica assustaram os pacientes, até mesmo os receptores mais assíduos revelaram desconfortos, questionando se aqueles gestos eram parte de alguma religião e, por isso, não estariam mais de acordo. Pelas descrições de Toniol (2017), pode-se aferir que essas recusas se deram pela relação que os pacientes fizeram da prática do

reiki com alguns gestuais realizados em religiões de matrizes africanas, como no candomblé e na umbanda.

As práticas espiritualizantes em ambientes de saúde são aceitas, desde que se apresentem isentas de qualquer crença, religião e/ou aspectos mais marcantes de determinadas culturas (cantos, rezas, insumos, trejeitos, vestimentas, etc.). Entretanto, elas ainda não são amplamente aceitas pelos profissionais da saúde e suas associações, mesmo que já estejam incorporadas nas condutas clínicas, por exemplo no SUS, com a PNPICS, que asseguram a sua disponibilidade em clínicas, hospitais, UBSs.

Para além da eficácia terapêutica e da legitimação oficial, a preocupação dos profissionais da saúde se faz também, pois há casos em que os pacientes se negam aos tratamentos da biomedicina e seguem apenas os preceitos dos tratamentos alternativos e das religiões mais dogmáticas. Como coloca Toniol (2017, p. 159), “As crenças religiosas podem influenciar decisões médicas, entrar em conflito com tratamentos médicos e influenciar a adesão do paciente aos tratamentos prescritos”. Isso prejudica a entrada das medicinas alternativas e suas espiritualidades, livre de religião, dentro dos serviços de saúde.

O processo de desculturalizar a espiritualidade e suas práticas para a saúde também é geográfico. Estas, ao adentrarem outros países e culturas adversas às suas origens, são simplificadas, aniquiladas em suas subjetividades, e seus sistemas médicos complexos (exemplo: ayurveda, xamanismo, medicina tradicional chinesa, etc.) se transformam em técnicas instantâneas de bem-estar precificadas.

Há uma tentativa de apropriação do saber popular que busca incorporar tais práticas ao modelo médico contemporâneo, mantendo às margens (e estigmatizados) os verdadeiros detentores do saber popular (TORRES, 2021, informação verbal)<sup>25</sup>.

Maldonado-Torres (2009, p. 351) explica que esse proceder é característico da modernidade, que é temporal e espacial, sendo o tempo atrelado aos “estádios históricos” criados pelo colonialismo europeu, e o espaço, escondido pela modernidade, justamente como tentativa de fugir do legado expansionista e controlador.

---

<sup>25</sup> TORRES, M. A. **Banca de Defesa do presente Doutorado**, Curitiba, 2021, arguição *online*.



Pondera-se sobre a aceitação no ocidente do yoga<sup>26</sup>, produto da globalização amplamente praticado e alterado (caso considerem-se suas origens e condições), e a recusa e estranheza, por exemplo, à fitoterapia dos curandeiros de Gana, que ficam restritos às escalas dos seus lugares (TONIOL, 2017).

A entrada da espiritualidade como fator determinante à saúde é incômoda para muitos segmentos da sociedade ocidental, seja por todos os motivos já mencionados, seja também por mexer com a ordem e a estrutura do modelo biomédico que movimenta e proporciona a indústria médico-financeira.

A saúde passa a ser, predominantemente no século XX, uma referência basilar de “boa vida” que permite a realização e a exploração da “espiritualidade na carne”, protagonizada pelo próprio paciente que se aventurará por sua escolha terapêutica e jornada espiritual. Isso leva a “diferentes discursos modelares, da biomedicina à autoajuda, do *fitness* à alimentação consciente”, e faz propulsar uma potente indústria de cuidados e bem-estar (PAULA, 2020, p. 98).

### **3.3 A Especulação Comercial da Espiritualidade**

“A produção da espiritualidade como fator de saúde se conecta às relações de força”, forjadas pela venda de estilos de vida, legitimação dentro da OMS e pela crescente exportação e *marketing* de um modelo de saúde pautado na elevação espiritual (PAULA, 2020, p. 96).

A especulação comercial da espiritualidade se apresenta na modernidade como oferta de bem-estar, culturas e qualidade de vida aos seus consumidores, garantindo posições prestigiosas e influentes na estratificação social. Mas, há ainda perspectivas de que se prestam a promover a evolução de determinadas concepções e dogmas, aproximando-se de uma “nova ética do consumo”. É o caso do “espiritismo difuso” e/ou “espiritismo da prosperidade”, que promove uma espiritualidade a serviço de proventos monetários.

---

<sup>26</sup> Em síntese, práticas como a Yoga foram inscritas de outra maneira na chave da medicina tradicional da OMS [...] porque sempre foi descrita como uma prática terapêutica e não como um fenômeno cultural de um grupo específico, sendo, portanto, descrita como uma prática e não como uma manifestação da alteridade [...] (TONIOL, 2017, p. 281).

É com a entrada do século XX que as perspectivas do autoconhecimento, autocuidado e bem-estar ganham valor de mercado (MORAES, 2014), deixando na memória dos séculos XVIII e XIX as políticas de saúde pensadas por condicionantes: taxas de natalidade e morte, doenças e epidemias, policiamento de água, esgoto e alimentos, estruturação de cemitérios e vitalidade dos aglomerados de pequenas vilas e sua transformação em cidades (ROSE, 2007, tradução nossa). Agora, apresenta-se valor de mercado para condutas saudáveis que perseguem objetivos pragmáticos, hedonistas e econômicos.

Featherstone (1995, p. 2) enfatiza que a relação do tempo pós-moderno com a economia faz uso da cultura, “focalizando as atividades dos especialistas e intermediários da cultura e a expansão dos públicos (a geração do *baby-boom* do pós-guerra) de toda uma nova gama de bens culturais”. Tais processos sugerem “uma superprodução de bens culturais, difícil de controlar e ordenar, que desestabiliza as hierarquias simbólicas existentes”.

Políticos, universidades, corporações e investidores privados são os gerenciadores dessa lógica pós-moderna e trabalham para que os avanços biomédicos se manufaturem em propriedades intelectuais, de valor, e conduzam a uma nova e altamente lucrativa bioeconomia (ROSE, 2007). Tem-se como exemplo o monopólio das indústrias farmacêuticas, o poder das regulamentações oficiais que barram e/ou liberam determinadas pesquisas e insumos que podem salvar ou matar seres humanos.

A longevidade, a manutenção da juventude, estilo de vida e boa forma e não mais a salvação da alma (MORAES, 2014) são fortes estímulos propiciados pelos avanços da biomedicina, com “a triagem genética, tecnologias reprodutivas, transplante de órgãos, [...] a nova geração de drogas psiquiátricas”, fornecendo expectativas aos corpos humanos, mas também conflitos dos que visam proteger a “santidade da vida” (ROSE, 2007, p. 2, tradução nossa) nas religiões de salvação.

A análise da saúde no século XXI está sendo confirmada pelo desenhar da política “*life itself*” – da própria vida, da vida como ela é, da vida em si, do próprio sujeito (ROSE, 2007, tradução nossa). Os desdobramentos dessa perspectiva podem ser vistos nas sociedades urbanas e industriais que enunciam algumas mutações, para o que anteriormente era de responsabilidade

inteira dos Estados, o cuidado com a saúde e o trato das doenças. Acontece o repasse da responsabilidade para os sujeitos, que podem fartar-se de mercantilizações e autonomização da própria vida, planejando-a por meio de intervenções que estão a serviço de seus anseios. Preza-se, de forma até mesmo narcisista, o individual e o dever consigo mesmo e não com o coletivo.

“As estratégias de atenção primária consagradas atualmente como ‘as mais eficientes’ para a promoção de saúde foram implantadas nas nações economicamente emergentes, segundo padrões bem definidos pela OMS” (MORAES, 2014, p. 205) e visam incentivar o autocuidado e autogerenciamento de si, fortalecendo as noções de bem-estar e estilo de vida preventivo como medidas únicas para se chegar à qualidade de vida. Em contrapartida, por trás dessa autonomia libertadora, há o fator financeiro e político.

Com a passagem do século XX diminuiu a força da moral cristã e da ética puritana que concorrem com movimentos místico-esotéricos de influência oriental, combinados no século XXI a uma psicologia popular mercantilizada em autoajuda. Abre-se espaço para a mercantilização da relação saúde-espiritualidade e para a oferta excessiva de bens simbólicos nas sociedades ocidentais contemporâneas.

Essa lógica faz uso de preceitos da medicina grega dos humores e da dietética do século XVI, atreladas aos movimentos intelectuais românticos que acreditavam na integralidade entre corpo, mente e espírito.

O mercado da espiritualidade começa a ser circunstância já nos anos 1970, na esteira das descobertas científicas sobre a mente como propulsora de saúde e cura, e das propostas do treinamento de atenção plena/*mindfulness/Body/Mind Medicine* (PAULA, 2020). As pesquisas científicas se vertem para a compreensão de “um modelo integrativo útil que expressa a interdependência da consciência e da biologia na saúde e na doença” (DACHER, 2014, p. 148).

A psicologia, presente nas autoajudas, será e vem sendo amplamente utilizada para estimular o consumo e administrar o comportamento das pessoas que desejavam, com “autonomia”, modificar um estilo de vida específico, amplamente à venda nas mídias sociais, e chegar a ele.

Segundo Tucherman (2010, p. 41) “[...] a autoajuda pertence à cultura de massa do século XX [...] e se pulveriza em mil e um formatos, misturando-se a gêneros literários diversos [...]”. Na relação formalizada entre saúde e

espiritualidade, ela produzirá conteúdos em dois nichos principais: o primeiro é o do conforto, ao fornecer uma troca íntima entre leitor e escritor, por meio de histórias de superação e causos vitoriosos perante as dificuldades e os inimigos. Os mantras regentes são: “pense positivo”, “você é os seus pensamentos”, “seja grato”. O segundo está pautado na autonomia do indivíduo, visto como um empreendedor de si e, conseqüentemente, de seus negócios que podem gerar fortuna, basta ele querer. Envolvem fragmentos de uma biopolítica que incentiva e concede o livre-arbítrio para a tomada de decisões, os mantras: “escolha seu próprio caminho”, “você é seu próprio inimigo”, “seja o chefe de si”.

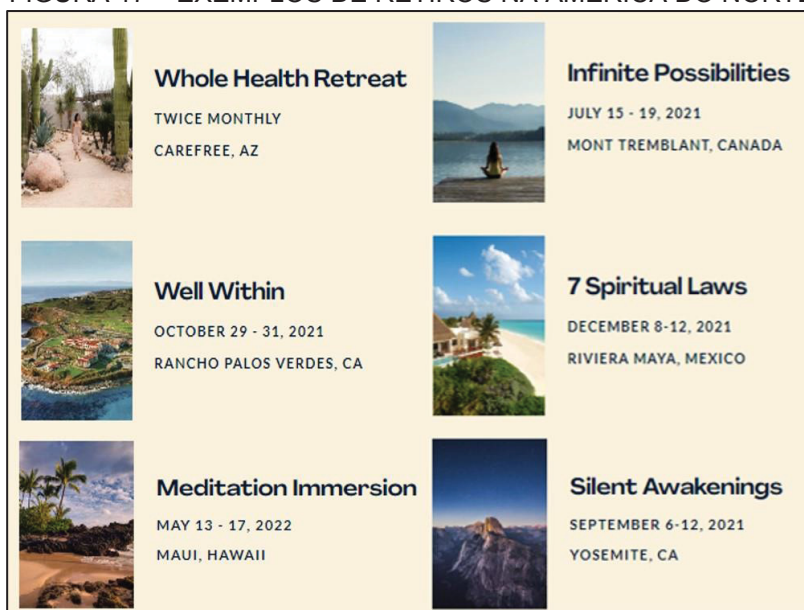
Seguir esses manuais, receitas de sucesso e superação significa, segundo os autores da autoajuda, traçar uma rota para o autoconhecimento que, ao término, fornecerá o bem-estar e a qualidade de vida.

Nesse ideário está intrínseca a relação dos conceitos foucaultianos, biopoder e biopolítica com a mídia, que os alavanca e produz estratificações sociais, padronizações, disciplinamento dos corpos, impactos sociais e também psicológicos, pela frustração de não alcançar o prestígio de ser o consumidor ideal do mercado, dos bens simbólicos de saúde (belo, saudável, alegre e positivo).

O estilo de vida, à venda, está relacionado “[...] às situações de *status* e à distribuição de poder e prestígio entre os estratos sociais [...]” (MORAES, 2014, p. 156) característicos ainda do “espaço social” (BOURDIEU, 1989) que vão possibilitar a aquisição da “honra social” (WEBER, 1999, p. 79, tradução nossa). O prestígio se manterá e ditará modos de vida, serviços, comportamentos, hábitos, regras morais.

As descobertas científicas, os avanços e diversidade de terapias, motivam o mercado das curas alternativas e espirituais que passam a vender bem-estar, saúde e, quiçá, a cura, em retiros, com profissionais da espiritualidade, os chamados “*coaches*”, especializados em sistemas médicos complexos, sobretudo importados do Oriente. O anúncio ilustra o contexto dessas ofertas (FIGURA 17).

FIGURA 17 – EXEMPLOS DE RETIROS NA AMÉRICA DO NORTE



FONTE: Chopra Retreats (2021).

Os retiros pertencem a um médico indiano radicado nos EUA que também é professor do ayurveda, de espiritualidade e da medicina do corpo, assim como um dos escritores de autoajuda mais lidos na atualidade. São experiências a custos elevados para a grande maioria da população. Por 7.550,00 dólares, cerca de 44 mil reais, pode-se passar quatro noites em hotéis cinco estrelas, com alimentação vegana preparada por chefes renomados. Duas vezes ao dia pratica-se meditação e yoga, acesso a *spas* e amenidades, consulta individual com médico ayurvedico, consulta personalizada com recomendáveis para o bem-estar, imersão em “Circuito Terapêutico de Águas” e acesso à sala com som masterizado para aula de yoga.

A escolha dos lugares para a imersão espiritual e autoconhecimento é proposital: são famigerados destinos de luxo, distantes das áreas urbanas, com paisagens exuberantes e paisagismos moldados para o bem-estar e a transcendência holística.

A oferta desses serviços nos EUA é amplamente conhecida desde os anos 1970, período em que o movimento *hippie* e sua contracultura firmou suas lutas por igualdade e liberdade. Desde essa época, a lógica dos *ashrams*, originalmente eremitérios – onde viviam os eremitas hindus –, foi incorporada nos empreendimentos rurais estadunidenses, ofertando um estilo de vida despreocupado e promotor de bem-estar e saúde. Os responsáveis pelo gerenciamento do espaço são profissionais capacitados, normalmente, gurus

formados ou provenientes na/da Índia que perpetuam seus conhecimentos e culturas em seus aprendizes.

No caso do Brasil, a oferta de retiros também é ampla e disponível em áreas rurais e rotas turísticas: Campos do Jordão (SP), Chapada Diamantina (BA), Chapada dos Veadeiros (GO), Maragogi (AL), Parati (RJ), entre outros. Mas há oferta também em áreas urbanas, sobretudo, por clínicas de bem-estar e/ou por terapeutas autônomos, localizados em imóveis centrais e bairros de alto e médio padrão.

Em resgate, Giumbelli (1997) traça algumas classificações para os promotores da medicina alternativa no início dos anos 1930 no Brasil, considerados charlatões<sup>27</sup> e curandeiros<sup>28</sup>.

Na visão, por exemplo, do Espiritismo brasileiro, os gurus e *coaches* que vendem suas espiritualidades, como nos retiros apresentados, seriam agentes de charlatanismos, por almejarem, com a prática espiritualista, proventos monetários. E ao mesmo tempo, também são curandeiros, pois estão afeiçoados às matrizes orientais, africanas, indígenas, praticando o chamado “espiritismo difuso” (D’ANDREA, 1998).

Stoll (2005, p. 182) expõe que o “espiritismo difuso” ou “espiritismo da prosperidade” defende uma prática mediúnica e espiritual moderna não preocupada somente com a caridade (contrária à proposta por Kardec e pelo catolicismo) e que não veja o dinheiro como “coisa suja, não espiritual”, mas que se verta para uma “Doutrina da prosperidade deslocada para a vida terrena, ou seja, ‘aqui e agora’, a promessa de bem-estar e realização pessoal”, financeira:

[...] à moda protestante, para a valorização do sucesso financeiro, entendendo-o como uma das formas de manifestação da prosperidade. Tema central dessa Doutrina [espiritismo difuso/prosperidade], a compatibilização entre riqueza material e espiritualidade constitui uma de suas preocupações básicas (STOLL, 2005, p. 182).

---

<sup>27</sup> “[...] indivíduos que, tendo habilitação acadêmica, transgridem de modo premeditado o código de classe visando conseguir maior clientela, mais proventos pecuniários [...], e se deveriam aplicar as punições previstas no código penal” (GIUMBELLI, 1997, p. 215).

<sup>28</sup> “[...] uma espécie de ‘charlatão involuntário’, pois suas práticas derivam de uma ‘psicologia’ específica, orientada por ‘concepções mágicas’, que fazem da doença e de seu tratamento algo ‘místico’. As práticas ‘curandeirísticas’ revelariam influências do negro e do índio, misturadas a coisas como ‘espiritismo’, ‘quiromancia’ e ‘magnetismo’, e teriam como protagonistas indivíduos saídos das ‘classes inferiores da sociedade’” (GIUMBELLI, 1997, p. 215).



Cabe ressaltar que os espíritas (ortodoxos de Allan Kardec) exigem ser diferenciados dos “espíritas difusos”, pois compreendem que estes últimos visam ao fator econômico em suas práticas, corrompendo o espiritismo verdadeiro ao usarem a espiritualidade para tal fim.

Assim, é possível enxergar que a lógica que ampara e promove o mercado da espiritualidade remodela o que se imagina para a perspectiva integrativa da saúde, e faz isso com o auxílio das mídias, dos materiais de autoajuda, da psicologia positiva e cognitiva e, como exemplificado, até mesmo por meio de religiões mais espiritualistas, adentrando e difundindo seus pressupostos, sobretudo, nos espaços do Moderno, das camadas médias e urbanas.

Tais concepções colocam o social em uma posição secundária, focando nos discursos de autoajuda até o momento em que os indivíduos passam a acreditar que as consequências de suas vidas se devem a suas crenças e escolhas individuais.

Assim, acontece o desenhar da meritocracia, em que as desigualdades vão se dar pelas escolhas individuais, ou pelo famoso “livre-arbítrio” da Doutrina Espírita.

A desigualdade das ofertas de saúde alternativa/espiritualista também está expressa, em certa medida, nas demarcações dos territórios sociais da espiritualidade-saúde, que restringem o acesso ao bem-estar e à qualidade de vida aos que não conseguem pagar seus elevados preços, e não têm a inteligência para os adventos científicos e tecnológicos que se voltam para esse mercado.

Se, para usufruir da oferta de bem-estar, qualidade de vida, e até mais, da cura para as doenças, é preciso estar inserido ativamente na lógica de mercado, mais uma vez as camadas periféricas se manterão vulneráveis, doentes e estigmatizadas.

### **3.4 A Relação Espiritualidade e Saúde no Espiritismo**

A relação entre espiritualidade e saúde, além de estar presente nos sistemas complexos médicos do Oriente, já enunciados, está também na perspectiva fundante da Doutrina Espírita e/ou Espiritismo, constituído por Allan Kardec, na França do século XIX.

Interessa compreender tal doutrina, pois o espiritismo europeu que chegou ao Brasil e se perpetuou aqui se “conforma como um campo religioso de cunho terapêutico” (AURELIANO, 2011, p. 31) e por suas técnicas e terapias alternativas para a saúde humana, também se apresentará, em determinados contextos, como um “baixo espiritismo”. Ou seja, no Brasil, outras perspectivas para a Doutrina original de Allan Kardec vão se formar, sendo possível averiguá-las no espaço geográfico. Apesar das diferenças, o ponto de contato dessas diferentes roupagens será a compreensão espírita para a saúde: a ausência da saúde/presença de doenças nos seres humanos está relacionada a fatores e condicionantes intrínsecos à dimensão espiritual.

Para compreender as bases que sustentam os diferentes espiritismos do Brasil e suas percepções para a saúde humana, uma breve exposição será apresentada. Contudo, pondera-se que a intenção não é resgatar a extensa história da Doutrina, pois isso já foi amplamente realizado nas obras de: Giumbelli (1997; 2006); Lewgoy (2000); Stoll (2003); Aubrée e Laplantine (2009); Aureliano (2011), entre outros.

#### *3.4.1. O Espiritismo de Allan Kardec*

As revoluções do fim do século XVIII e início do XIX despontaram na Europa e as luzes voltaram-se para os entraves políticos, econômicos e sociais das populações. A partir da Revolução Industrial, verificou-se a hegemonia flagrante da medicina das cátedras e uma nova perspectiva para os corpos humanos: a dissociação entre corpo e mente, do eu e do outro, da pessoa e do contexto, das relações econômicas e comunitárias, dentro de um mundo em intenso processo de burocratização e desencanto (QUEIROZ, 1986).

Nesse contexto, uma ampla concorrência se dá entre os médicos, empíricos, mágicos e religiosos. Em meio aos concorrentes está um pequeno grupo de pesquisadores: os magnetizadores, metapsíquicos e conscienciólogos, que também compõem a história da medicina científica ocidental, mas, segundo Chiesa (2016, p. 21) “não foram convidados a participar dessa história ‘oficial’ (ou seja, aquela escrita pelas ciências biomédicas)”.

Os médicos “não-convencionais” eram: George Stahl (1664-1734) e sua medicina romântica; o médico alemão Franz Anton Mesmer (1734-1815), com o

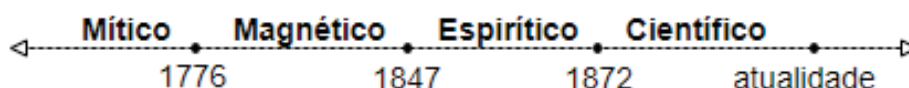
mesmerismo/magnetismo animal; o médico, escritor e poeta Justinus Kerner (1786-1862) e seus estudos sobre psicoterapia; o educador, pedagogo e decodificador da Doutrina espírita, Hippolyte Léon Denizard Rivail (1804-1869), mais conhecido como Allan Kardec e, finalmente, os estudos sobre os estados de consciência do médico e fisiologista Charles Robert Richet (1850-1935).

A linha de investigação desses pesquisadores e seus seguidores vai insistir em perspectivas outras para o discurso da medicina e, principalmente, para o tratamento de distúrbios mentais. Essas patologias intrigavam-nos de forma que começaram a relacioná-las às manifestações e fenômenos sobrenaturais/paranormais, existentes há muito tempo nas civilizações, desde o período chamado *Mítico*, e historicamente rejeitadas e pejorativamente timbradas como bruxarias.

Os médicos não convencionais estavam insatisfeitos com o restrito ciclo social da medicina, que direcionava e monopolizava pesquisas e, conseqüentemente, o desenvolvimento de outras bases de conhecimento. Em resposta, começam a organizar métodos e teorias para seus conhecimentos subjugados.

Aresi (1980) organiza quatro períodos (FIGURA 18) que ilustram os percursos para essa outra medicina dos médicos não convencionais:

FIGURA 18 – PERÍODOS NORTEADORES AO ESPIRITISMO



FONTE: Aresi (1980). Org.: DIAS, M.A. (2019).

O *Mítico* estaria concentrado na fase primitiva da civilização e os protagonistas das práticas em saúde seriam os sacerdotes, pitonisas, adivinhos, magos, bruxos e curandeiros. Esses últimos eram os *medas* predecessores dos persas, sábios instruídos e “cientistas” da época.

É no período *Magnético* que os não convencionais irão iniciar suas investigações. Influência substancial foi dada pelo médico não convencional Friedrich Anton Mesmer, que descobriu a possibilidade de ajudar muitos de seus pacientes, principalmente os que sofriam de distúrbios de origem psicológica, prescrevendo-lhes medicações com altas doses de ferro e, em seguida, como

complemento à terapêutica, realizava sessões com ímãs sobre os corpos dos pacientes.

Com a chegada do período *Espírico*, o impulso para as investigações dos fenômenos paranormais desponta, causando uma cisão entre materialistas (incredibilidade na sobrevivência do espírito) e espiritualistas (crença na sobrevivência do espírito).

O último período é o *Científico*, assim identificado em razão dos estudos de Willian Crookes (1832-1919, químico e físico britânico) e Charles Richet (médico fisiologista francês) que dissociam os fenômenos sobrenaturais de uma causa espírica, confirmando a existência de intencionalidades da mente, metapsiquismos, impressionados pelos sentidos humanos. Os quatro períodos evidenciados compõem uma outra narrativa para as práticas e adventos da medicina convencional e confirmam a prevalência de outras perspectivas para o campo de conhecimento.

É de posse dessas percepções e com a força do período científico que Hippolyte Léon Denizard Rivail, mais conhecido como Allan Kardec, vê a oportunidade de fuga do estigma de irracional e ingênuo concedido às religiões e, conseqüentemente, ao seu espiritismo. O espiritismo, a ser desenvolvido pelo estudioso, esforçou-se para não mais ser visto, pela Igreja Católica, como seita no século XVIII, tarefa difícil, já que os espíritas<sup>29</sup>, em suas atividades/sessões, invocam espíritos e fenômenos paranormais, não se adequando assim às imposições da cartilha cristã. O objetivo dos espíritas e de Allan Kardec é o de permanecer e se consolidar na sociedade e farão isso pela “união de religião, filosofia e ciência”.

Para tal feito, na virada do século XVIII para o XIX, Rivail se aproxima de duas fortes vertentes de estudo à época, pertencentes aos períodos Magnético e Científico: o Mesmerismo e a Metapsíquica<sup>30</sup>, ampliando, assim, a compreensão dos seus próprios fatos espíritas (mesas girantes, *raps*, telepatia, materialização, telecinesia, fenômenos *theta*, etc.). Seus estudos

---

<sup>29</sup> Espíritas foi uma nomenclatura concedida aos médiuns após as descobertas e fundamentações de Allan Kardec. Na Idade Média eram chamados de bruxos e encantadores.

<sup>30</sup> Definida por Charles Robert Richet (1850-1935) professor e cientista da Sorbonne. Posteriormente chamada de Parapsicologia por J.B. Rhine (1895 - 1980). Ramo da Psicologia que estuda fenômenos que parecem transcender as leis da natureza, tais como a telepatia, a premonição, a psicocinese, etc.

operacionalizam a criação da Doutrina Espírita, que se voltaria para a cura dos espíritos e dos males físicos do corpo humano de forma totalizante. Suas premissas norteadoras baseiam-se na imortalidade da alma e na evolução do espírito por práticas e objetivos superiores e com finalidades de ordem moral.

O espiritismo começou a ganhar notoriedade em meados de 1855, quando Hippolyte Léon Denizard Rivail<sup>31</sup> investigou o mistério das mesas girantes e identificou “uma força inteligente que movia as mesas”. Essa força se automeceu como um espírito desencarnado (falecido).

Além desse fato, o caso das irmãs Fox, em 1848, no vilarejo de Hydesville/Nova York, também auxiliou na propagação dos fenômenos espíritas. O caso aconteceu com três irmãs com idades entre 7 e 14 anos, tratadas como loucas por suas percepções extrassensoriais. As meninas se comunicavam com o “espírito”<sup>32</sup> de um caixeiro viajante escondido entre as paredes de madeira da casa delas. Por meio de batidas, chamadas de *raps* pela Parapsicologia, as comunicações aconteciam. O evento causou frisson na sociedade e as meninas ganharam fama, sendo convidadas para grandes espetáculos nos castelos da monarquia.

A propagação dos eventos misteriosos e das sessões espíritas concedeu diversão aos aristocratas, o que fez com que os fenômenos sobrenaturais fossem disseminados, principalmente pelos Estados Unidos e por países da Europa.

Vestido com a fama de suas sessões, Rivail iniciou uma caminhada rumo às faculdades de Medicina com o intuito de demonstrar suas descobertas e fundar um método científico para as manifestações, mas os médicos e pesquisadores o ridicularizaram. Entretanto, o espírita não seria o primeiro a ser recusado, porque seus antecessores, segundo Chiesa (2016, p. 50) foram Helmont (1580-1644), Goclenius (1547-1628) e William Maxwell (1581-1641), Richet, Mesmer, o Barão Du Potet e tantos outros.

Chiesa (2016, p. 73) expõe que o Barão Du Potet era parte do grupo dos magnetizadores de Mesmer e, ao praticar a técnica dos passes magnéticos nos hospitais da França, foi acusado de transgredir as leis da medicina. Em seu discurso de defesa, profere: “A Natureza oferece um meio universal de curar e

---

<sup>31</sup> Ainda não havia adotado o nome Allan Kardec

<sup>32</sup> Por espírito refere-se a uma consciência que não está mais encarnada, pessoa que já morreu.

preservar os homens (...) ensino os homens a fazerem de suas reservas vitais o emprego mais nobre: aliviar os sofrimentos dos seus semelhantes”, e termina acusando a Faculdade de Medicina de omissa e como força que visa unicamente garantir o monopólio do conhecimento e prática médicas.

Uma possível explicação para a recusa dos acadêmicos aos demais estudiosos seria em razão da discordância de métodos e técnicas, mas, principalmente, porque a medicina hegemônica demorou muito tempo para se desvencilhar do misticismo e subjetivismo presente desde a Antiguidade, negando-se a retornar.

Deve-se compreender que o momento histórico da época fixa a predominância do modelo físico-matemático-newtoniano, que possui concepções bastantes divergentes da medicina romântica dos “não convencionais”.

Apesar do cenário não favorável, Rivail prossegue com suas sessões fortalecendo os diálogos com os espíritos, e o resultado das conversas por ele decodificadas deu origem a sua primeira obra “O livro dos espíritos”<sup>33</sup> e a adoção do nome Allan Kardec, justificando que, como as informações não eram dele, mas sim dos espíritos, não seria adequado publicá-las em seu nome.

A consagração do espiritismo e a sua postura frente à ciência, que o recusara, é marcante na passagem de 1858:

Passa-se um fenômeno digno de registro na propagação do Espiritismo. Ressuscitado há apenas alguns anos das velhas crenças, apareceu entre nós, não como outrora, à sombra dos mistérios, mas em plena luz e à vista de todos. Para uns foi objeto de curiosidade passageira, um divertimento que se punha de lado como um brinquedo, para tomar um outro. Para muitos não encontrou senão indiferença; para o maior número, a incredulidade, a despeito da opinião dos filósofos cujos nomes a cada momento são invocados como autoridades. Isto nada tem de surpreendente: o próprio Jesus convenceu a todo o povo judeu com os seus milagres? Sua bondade e a sublimidade de sua Doutrina conquistaram-lhe graça perante os seus juízes? Não foi ele tratado como um impostor? E se não lhe aplicaram o epíteto de charlatão é que então era desconhecido esse vocábulo de nossa civilização moderna. Entretanto, homens sérios viram nos fenômenos que se passam em nossos dias algo mais que um motivo de frivolidade. Estudaram, aprofundaram-no com olhos de observador consciencioso e descobriram a chave de uma porção de mistérios até então incompreensíveis. Isto foi para eles um jacto de luz e eis que desses fatos saiu uma Doutrina, uma Filosofia e, podemos dizer, uma Ciência, inicialmente divergente, conforme o ponto de vista ou a opinião pessoal do observador, mas com tendência, pouco a

---

<sup>33</sup> Lançado em 18 de abril de 1857, em Paris, com 1019 perguntas e respostas, resultado das revelações que Kardec dizia obter do mundo espiritual.



pouco, para uma unidade de princípios (REVISTA ESPÍRITA, 1858, não p.).

A proximidade de Allan Kardec com as teorias do magnetismo animal beneficiou a estruturação da Doutrina e o desenvolvimento de pesquisas relacionadas às curas por fluídos magnéticos, e apesar da não aceitação dos pressupostos espíritas por parte da academia, Kardec insiste na criação de um método científico, “a navalha de Ockham”<sup>34</sup>.

Charles Richet, o fundador da metapsíquica - ciência que subsidia o espiritismo, vai expor suas negações e criticar a forma com que Allan Kardec almejava fazer sua ciência/filosofia, colocando que os espíritas quiseram misturar a ciência com a religião, o que redundou em grande detrimento para a ciência<sup>35</sup>.

Apesar da divergência, Richet e Kardec tinham pontos de contato e defendiam as “ciências de consequências morais, filosóficas e religiosas”, essas que seriam capazes de romper com ciências “oficiais” e que, apesar dos avanços e descobertas, não conseguiam incidir no âmago dos seres humanos e sociedade de modo a transformar mentalidades e valores (CHIESA, 2016, p. 134).

Com o tempo e o amadurecimento, o espiritismo fortalece suas bases sendo compreendido por quatro pilares (1858):

- 1.º: O da *curiosidade*, no qual os Espíritos batedores representaram o papel principal, visando chamar a atenção e preparar os caminhos;
- 2.º: O da *observação*, no qual entramos, e que também pode ser chamado de período filosófico. O Espiritismo é aprofundado e se depura; tende para a unidade de Doutrina e se constitui em Ciência.
- 3.º: O período de *admissão*, no qual o Espiritismo ocupará um lugar oficial entre as crenças universalmente reconhecidas;
- 4.º: O período de *influência sobre a ordem social*. Então, sob a influência dessas ideias, a Humanidade conquistará um novo perfil

<sup>34</sup> [...] princípio clássico da teoria científica que determina que a explicação para qualquer fenômeno deve estar sempre baseada nas premissas mais simples e indispensáveis para o seu entendimento (cf. Pimentel, 2014) – ele sugere que o ponto forte da teoria espírita estaria justamente na sua simplicidade, coerência e, ao mesmo tempo, na sua abrangência, visto que todos os fenômenos observados poderiam ser explicados pela hipótese da existência e da atuação dos ‘espíritos desencarnados’ (CHIESA, 2016, p.98).

<sup>35</sup> “[...] em vez de fazerem obra científica fizeram obra religiosa. Cercaram suas sessões de misticismo, fazendo preces, como se estivessem numa capela, falando de regeneração moral, preocupando-se, antes de qualquer coisa, com o mistério, satisfeitos por poderem conversar com os mortos, perdendo-se em divagações pueris. Não quiseram compreender que as coisas da Metapsíquica nada têm que ver com as coisas do além-túmulo e até que não há talvez além-túmulo. O além-túmulo os perdeu: afogaram-se nas puerilidades teológicas e teosóficas. [...] não obstante a sua credulidade exagerada, têm fé na experimentação. É sempre na experimentação que se apoiam, de maneira que a sua obra não é apenas uma teoria grandiosa e homogênea, mas também um imponente repositório de fatos” (RICHET, 1922, p. 33 e 37).

moral. Essa influência é, desde já, individual. Mais tarde agirá sobre as massas, para felicidade geral (REVISTA ESPÍRITA, 1858, não p.).

Os prenúncios da Doutrina serão destinados “não às baixas camadas da sociedade, mas sua parte mais esclarecida”<sup>36</sup> e as práticas, apreendidas pelos seguidores da Doutrina, voltam-se ao assistencialismo, muito operacionalizado no contexto do início do século XX pelos hospitais e Santa Casas<sup>37</sup>.

O perfil socioeconômico dos espíritas em 1858 evidencia a adesão de membros das classes mais altas da sociedade:

A qualidade dos adeptos do Espiritismo merece particular atenção. São recrutados nas camadas inferiores da Sociedade, entre gente iletrada? Não. Esses, pouco ou nada se preocupam com o Espiritismo: talvez dificilmente dele tenham ouvido falar. [...] Até aqui os seus prosélitos estão nas primeiras camadas da Sociedade: entre as pessoas esclarecidas e entre os homens de saber e de pensamento. Além disso, e isto é um fato notável, os médicos, que durante tanto tempo moveram uma guerra encarniçada ao magnetismo<sup>38</sup>, aderem sem dificuldade a esta doutrina. Contamo-los em grande número, entre os nossos assinantes, tanto na França quanto no estrangeiro, em cujo número também se acha uma grande quantidade de homens superiores, sob todos os aspectos: celebridades científicas e literárias, altos dignitários, funcionários públicos, oficiais gerais, negociantes, eclesiásticos, magistrados, etc., todos gente demasiado séria para assinar a título de passatempo um jornal como o nosso, que não se gaba de ser divertido, e ainda menos pensando nele encontrar somente fantasias (REVISTA ESPÍRITA, 1858, não p.).

Os aptos à Doutrina são aqueles que possuem posição honorária na sociedade, sendo considerados, sobretudo, os de gênero masculino, como sujeitos sérios e de notável saber. Ainda há, na história da Doutrina, um esforço em desvencilhar qualquer tipo de misticismo e magicalização, como se o passado das mesas girantes, práticas de incorporação e convocações de espíritos, fossem vexatórias à doutrina que busca ser científica e filosófica.

A Doutrina Espírita imaginada por Allan Kardec almeja se estabelecer de forma científica, religiosa e filosófica, mas com o tempo e os esforços de médiuns e espíritos, a Doutrina vai se transformar, fixando suas bases nos campos da religião e do dogma, e em suas inegáveis nuances elitistas.

<sup>36</sup> Faz-se importante expor a não concordância com o termo, considerado um entre tantos termos preconceituosos de nossa língua.

<sup>37</sup> Em 1911, calcula-se que cerca de mil pessoas espalhavam-se pelas dependências da Assistência aos Necessitados, localizadas no pavimento térreo e pelos pavimentos superiores, tudo examinando com alegria e entusiasmo (REVISTA FEBIANA, 1984, não p.).

<sup>38</sup> Refere-se ao período de Mesmer.

Em relação a sua dimensão espacial no continente europeu, o espiritismo se propagou de forma lenta. Na França, apesar de ser o berço da Doutrina, poucos foram os interessados pelos estudos, restrito a pequenos círculos. Aureliano (2011, p. 34) coloca que, na França, Kardec é “um ilustre desconhecido”. Relatos pontuados na Revista da Federação Espírita (1984, não p.) justifica que lá houve “um desvio e decadência, abjurando o próprio termo espírita criado por Allan Kardec”.

Em Portugal, Espanha e Itália sua chegada foi vagarosa pelo domínio católico e a não perpetuidade se deve às “condições políticas que abafaram a generosa doutrina, cujos cultores, em pequeno número, refugiaram-se em núcleos familiares” (REVISTA FEBIANA, 1984, não p.).

Na Inglaterra, e pelos seus braços coloniais nos Estados Unidos, a prática do espiritismo tida como um “Neo-espiritualismo não tem a autenticidade do Espiritismo codificado” (REVISTA FEBIANA, 1984, não p.). Entretanto, existe outra justificativa para o fracasso no cenário britânico e norte-americano: a não aceitação da tese de reencarnação e o lançamento de ressalvas à religiosidade da Doutrina espírita de Kardec. Contudo, estudos (Aubrée e Laplantine, 2009; Aureliano, 2011) sugerem que o Espiritualismo Moderno<sup>39</sup> é pulsante nesses países, com efeito nos Estados Unidos, tanto que, em 1854, o país já possuía cerca de três milhões de espíritas modernos.

Já na América Latina, e especialmente no Brasil, o aspecto ético-religioso-moral da Doutrina encontraria terreno fértil para seu desenvolvimento. Os motivos de tamanha dimensão no Brasil são dados pela Federação Espírita: “seus povos, com tendências religiosas e tradições isentas dos prejuízos das lutas sanguinolentas, das perseguições, da Inquisição e da intolerância romana e reformista” (REVISTA FEBIANA, 1984, não p.).

Assim, diante do breve contexto histórico do Espiritismo, é possível compreender suas bases fundantes e motivações, sendo seus pressupostos

---

<sup>39</sup> [...] movimento mais amplo que se inicia nos Estados Unidos por volta de 1847 e desembarca na Europa poucos anos depois. Tal movimento reunia várias tradições religiosas e intelectuais e propunha uma crítica ao materialismo advogado pelos ideais racional-iluministas presentes na construção da modernidade nas sociedades ditas ocidentais, bem como se contrapunha às estruturas dogmáticas e hierarquizantes das religiões oficiais, especialmente o catolicismo e o protestantismo (STOLL, 2003 citado por AURELIANO, 2011, p. 86).

terapêuticos e doutrinários perenes nas sociedades modernas americanas do século XXI.

### 3.4.2 O Espiritismo à brasileira: a Saúde pela Moralidade do Ser

Em 1864, Allan Kardec expõe suas expectativas: “a ideia espírita fez progressos sensíveis no Rio de Janeiro, onde ela conta com numerosos representantes, fervorosos e devotados”. Esses indivíduos numerosos a que se refere são a elite carioca e os cidadãos da corte de Dom Pedro II (REVISTA ESPÍRITA, 1864, não p.).

A propagação do espiritismo no Brasil foi crescente nos séculos XIX e XX<sup>40</sup>, e aqui se instalou com a primeira casa em Salvador, no ano de 1865.

O território brasileiro, em certa medida, reformulou o espiritismo de Kardec, concedendo-lhe perspectivas bastante avessas à sua versão original. A primeira delas é que “[...] aqui seria ou teria se transformado em uma 'religião' [...]” (GIUMBELLI, 1997, p. 21) levando em conta que, na Europa, ele estava mais pautado na chave da ciência-filosofia (baseado nos valores do racionalismo e empirismo científicos). Além disso, três outros pontos elucidam a versão abasileirada:

(a) a centralidade do estudo e da moral 'evangélicos' no campo doutrinário, em detrimento de preocupações 'filosóficas' e questões 'científicas'; (b) O desenvolvimento de mecanismos 'rituais' nas sessões, dotando-as da excepcionalidade característica dos eventos 'sagrados', e de uma forma de relação com os 'espíritos desencarnados' que os equipara, em sua função, aos santos católicos ou às divindades africanas; (c) a importância das práticas terapêuticas, em termos tanto de sua extensa disseminação como de sua presença recorrente entre os motivos de 'conversão', revestidas e interpretadas pelo valor religioso da 'caridade' (GIUMBELLI, 1997, p. 21).

Bastide (1967) vai considerar a existência de uma sociologia do espiritualismo, impulsionada pelos contextos do capitalismo industrial brasileiro. A estratificação social em três classes é aproximada e utilizada para se classificarem três tipos muito particulares de espiritismo/espiritualismo:

---

<sup>40</sup> “As bases do que hoje denominamos espiritismo no Brasil surgem na França em meados do século XIX, em meio a um movimento mais amplo chamado de Espiritualismo Moderno que se inicia nos Estados Unidos por volta de 1847 [...] No Rio de Janeiro uma elite formada por franceses e brasileiros, familiarizados com o idioma francês, seria a primeira a tomar conhecimento sobre as novidades vindas da Europa envolvendo os espíritos” (AURELIANO, 2011, p. 86 e 91).

**(1) “Espiritismo” das classes altas:** composta por sujeitos interessados no espiritismo (Allan Kardec) em sua forma mais primitiva, das mesas redondas e fenômenos sobrenaturais que aguçam suas curiosidades. São consumidores assíduos de estilos e produtos estrangeiros, além-mar, que lhes fornecem o tom e a distinção de outras classes sociais do país. Possuem heranças aristocratas do século XVIII, que transmitiram o fazer espiritismo. É praticado pelos grandes burgueses, comerciantes, industriais, intelectuais, advogados e, especialmente médicos que acreditam na metapsíquica. Transformam a “filosofia kardecista” em “ciência” e por isso aceitam (BASTIDE, 1967).

**(2) “Espiritismo” das classes médias:** Trata-se de um espiritismo (Allan Kardec) religioso, organizado da mesma forma que são as igrejas, lotando salões particulares, fornecendo sessões e atendimentos em hospitais e asilos, bibliotecas de escolas. O espiritismo desse estrato social “[...] é, portanto, antes de tudo uma igreja”. A disposição dos membros também imita a missa, o padre que fica no altar é substituído pelo diretor do Centro Espírita alocado no centro da mesa. Os médiuns ficam próximos, mas distantes dos fiéis que ficam sentados em bancos. O culto é separado por partes de rituais ensaiados, com músicas, leituras, e discursos morais sobre a palavra lida. A chegada dos espíritos é branda e monitorada pelo diretor, que tem o poder de expulsar qualquer malfeitor. Termina-se com a distribuição de água fluidificada, a hóstia dos espíritas. A organização de todos esses processos é feita por uma Federação, assim como na igreja católica, que tem o dever de evitar heresias e desvínculos com as premissas de Kardec. Esse espiritismo, operacionado pela grande maioria dos brasileiros, “[...] tem um papel quase análogo ao desempenhado pelos sociólogos americanos nas Igrejas dos Negros nos Estados Unidos” pelo fazer caridoso com uma rede a serviço das “massas desprivilegiadas”. Essa caridade ganha forma com “hospitais, clínicas odontológicas, asilos para idosos, abrigos para vagabundos ou desempregados, escolas”. É a proposta de uma religião que quer ser científica, tendo o sagrado como objeto de investigação e usa termos como magnetismo de elétrons de ondas, etc. “Portanto, ele reconcilia as duas tendências opostas da religião, a religiosidade brasileira e o cientificismo escolar erudito” (BASTIDE, 1967, p. 8 e 9).

**(3) “Espiritualismo” das classes baixas:** Acontece um “espiritismo de Umbanda” de estreitas ligações com o proletariado rural, que está na constância de ser quase urbano, protagonizada por uma classe agarrada nas fronteiras excludentes das cidades. O espiritualismo desses sujeitos não é o de Kardec, é o que permite elementos rituais, com sacrifícios, procissões, cantos, e a possessão pela dança, motora e compassada. Volta-se menos para a caridade/assistência social e mais para a resolução dos próprios problemas dos membros que se amparam nos conselhos das entidades espirituais (BASTIDE, 1967). A aproximação com o espiritismo de Kardec acontece quando, em determinadas casas, usam-se as teorias e explicações do espírita disponíveis em seus livros de perguntas e respostas (Livros dos Espíritos, Médiuns, etc.).

Essas classificações fornecem um panorama geral do espiritismo e da prática espiritualista no Brasil pela exposição de vertentes que se aproximam de uma caracterização e perfil dos adeptos e das instituições. Além disso, sugere-se que a aceitação do espiritismo no país somente aconteceu porque as classes sociais mais altas aderiram a ele amplamente, o que anuncia percepções condizentes com a teoria da descolonização do saber e poder.

Aureliano (2011, p. 31) completa e indica que, em solo brasileiro, vai se transpor um espiritismo diferenciado, “conformado enquanto um campo religioso de cunho notadamente terapêutico”, atestado por seus adeptos.

Autores como Giumbelli (1997; 2006), Lewgoy (2006), Chiesa (2016) colocam que foi notável a disputa entre “místicos” e “científicos” marcando a fundação da Federação Espírita Brasileira (FEB) (CHIESA, 2014), em 1884, que gostaria de ser neutra, de forma a apaziguar disputas entre espíritas “mais religiosos” e espíritas “mais científicos”, modulação pouco leal à sua origem<sup>41</sup>.

Bastide (1967) coloca que a fundação da FEB é marcada pelas diferentes “facções” que tinham distintas interpretações da obra de Kardec. A FEB representa a esfera espírita mais alta do país, mantendo, por meio do seu Estatuto, as diretrizes que conferem os direitos e deveres as suas ramificações societárias ou Uniões Regionais existentes em todos os estados brasileiros. Na

---

<sup>41</sup> “Enquanto muitos dos espiritualistas modernos se utilizavam dos fenômenos espíritas para fazer uma contraposição à ciência, vista como mola mestra do materialismo reinante, Kardec, ao contrário, quer que a nova doutrina seja antes de tudo ‘científica’” (AURELIANO, 2011, p. 88).



ausência de algum estado “(...) a federação promoverá a fundação de uma sociedade federativa” (FEB, 2019, Art. 51, § 2.º, p. 8)

No Brasil, a doutrina vai se direcionar a pregar a caridade e o assistencialismo com vistas ao “aprimoramento espiritual” dos seres humanos por meio da “orientação para outrem”, em geral os pobres, os “necessitados”, doentes, idosos, etc. (GIUMBELLI, 1997). O espiritismo vai propiciar aos seus adeptos formações, estudos e discussões que viabilizam a construção de uma pseudociência para investigações espíritas. O resultado dessas atividades formativas será a oferta capacitada de terapêuticas à saúde humana.

Desde seu início, a terapêutica espírita brasileira, não diferente do contexto europeu, passou por conflitos e disputas com a classe médica e suas associações que não aceitavam as condutas dos ativos médiuns receitistas, entre eles, muitos pertencentes às classes populares. Esses responderam, consecutivas vezes, a delitos no Código Penal da República e, de acordo com o regulamento sanitário, não poderiam exercer nenhuma atividade médica sem a devida diplomação. A exemplo, em 1904, o Juízo dos Feitos da Saúde Pública concede infração a um médium receitista "por ter aos seus cuidados uma doente conduzida com homeopatia e espiritismo" (REVISTA FEBIANA, 1984, não p.).

Com esse contexto que criminalizava o espiritismo, os seus adeptos vão se amparar, sobretudo, no aspecto religioso que assegurava a prática, livre de punições, “[...] foi no interior da ordem jurídica encimada por um Estado comprometido com os princípios da laicidade que certas formas de presença da religião ocorreram”. Em conjunto, aparecerá pela primeira vez a categoria “baixo espiritismo” em documentos médicos de 1890, direcionada, sobretudo, aos “cultos afro-brasileiros” estigmatizando-os como agentes de charlatanismos (GIUMBELLI, 2008, p. 81; 1995, p. 222).

Os registros da Federação expõem que os diversos processos de acusação contra a Federação e seus médiuns foram solucionados com a absolvição invicta, sugerindo que a Doutrina no Brasil possui uma espécie de imunidade, propiciada pelos espíritos:

O espiritismo, marchando com o progresso, jamais será ultrapassado, porque, se novas descobertas demonstrassem estar em erro sobre um certo ponto, ele se modificaria sobre esse ponto; se uma nova verdade se revelar, ele a aceitará (REVISTA FEBIANA, 1858, não, p.).

Ao longo dos anos, os conflitos continuaram e foram amplamente noticiados na mídia brasileira, contudo com uma diferença, o Estado não era mais o autor principal das ações, mas sim os populares e instituições privadas e demais religiosas. Aliado a isso e disparadora de conflitos, está a imensa produção bibliográfica, realizada por famosos médiuns psicografistas<sup>42</sup> que alavancaram adeptos, caso de Francisco Xavier e Bezerra de Menezes, ambos com origens católicas, grandes expoentes na divulgação da Doutrina de Kardec.

Aqui há ainda o fator crucial do espiritismo – a moralidade –, elemento de importante graduação na Doutrina. Acredita-se que condutas refinadas de moralidades conferem posições evolutivas aos seres humanos e, conseqüentemente, às dores da carne, ou seja, as doenças, que seriam sanadas ou até mesmo evitadas. A ideia é se desvencilhar de pecados da carne (luxúrias, ambições, etc.) de forma metódica, “fazer jejum e prece” (FRANCO, 2021, informação verbal) nos dois sentidos, material e espiritual – ter uma alimentação saudável que evite a liberação de toxinas que prejudicam o duplo etérico<sup>43</sup> e o corpo físico; fazer o jejum das palavras e pensamentos, que também podem ser tóxicos; a prece, não apenas como a vocalização de palavras, e sim, a prática de elevar os pensamentos, de forma a possibilitar uma conexão com seres astrais.

Essa ênfase e certos desdobramentos concernentes à moralidade da doutrina é uma característica brasileira. Stoll (2005) conta sobre crítica promulgada por um famoso médium psicografista sobre essa moralidade brasileira que se omite de certos temas como sexo e dinheiro, sendo uma especificidade daqui, já que no exterior é totalmente ao contrário, lá os espíritos falam de tais assuntos abertamente.

Desafiador ainda é compreender os hibridismos e ramificações que o espiritismo de Kardec sofreu ao chegar ao Brasil, sendo perceptível até mesmo nas adjetivações, “[...] dependendo do modo como a palavra seria utilizada [...] passa a ser adjetivado muitas vezes como ‘espiritismo kardecista’ ou kardecismo, e ‘outras religiões espíritas’” (AURELIANO, 2011, p. 85).

---

<sup>42</sup> O médium recebe mensagens de espíritos, desencarnados, e realiza a escrita destas.

<sup>43</sup> Também conhecido como corpo sutil, seria uma duplicata energética do corpo físico que o envolve com a principal função de mantê-lo conectado ao corpo espiritual.

A adjetivação múltipla para o espiritismo revela nuances da sociedade que o detém, podendo ser vislumbrada como prática e religião assumida (espírita), ou apenas simpatia pelas orientações e dogmas, sem uma filiação (espiritualista), ou ainda por um sincretismo e aproximação com outras religiões (afro-brasileiras), já que a crença na existência de espíritos nelas também acontece. Esse último, conforme já mencionado, será categorizado como ‘baixo espiritismo’ praticado por classes sociais mais baixas e menos intelectualizadas.

A história e início da Umbanda está próxima dessa perspectiva que menospreza outras espiritualidades. Conta-se a situação vivida pelo carioca Zélio Ferdinando de Moraes, que, em busca de auxílio para as perturbações que sofria, foi até o Centro Espírita da Federação Espírita de Niterói em 1908 e “incorporou” um caboclo brasileiro. De posse de sua revelação, foi hostilizado pelos dirigentes da sessão kardecista que o consideraram um “atraso espiritual”.

Com a definição e separação do que é ser espírita, a população brasileira que oficialmente se autodeclara espírita soma-se 3,8 milhões (IBGE, 2010), contudo, os simpatizantes estão na ordem dos 30 milhões. Arribas (2019, não p.) pontua que os espíritas são “a maioria das minorias” e que o grande percentual de simpatizantes “não se assume como espíritas porque são católicos<sup>44</sup>, ou porque não enxergam o espiritismo como uma religião”. É o desvínculo construído e trazido pela modernidade.

Há ainda a categorização do espiritismo como “religião de clientela” que é a oferta e uso esporádico do serviço religioso sem a necessidade da filiação. Isso se dará principalmente pelas vias da doença, quando sujeitos vão em busca do seu significado e de sua cura.

Em evidência também está a constante do preconceito e do medo da intolerância religiosa, que priva os sujeitos de se enunciarem como pertencentes às outras religiões, sobretudo as de matrizes africanas e afro-brasileiras, ainda estigmatizadas, como um processo histórico e cultural colonizador, como revela o relato publicado<sup>45</sup> em 1911.

---

<sup>44</sup> Motivação conferida pelos famosos médiuns católicos, como Francisco Xavier e Bezerra de Menezes, figuras emblemáticas para o fortalecimento da aproximação entre espiritismo e catolicismo no Brasil.

<sup>45</sup> Jornal Reformador, Brasil (1911). “[...] Duas reportagens [...]. Na primeira, fala-se em um ‘espírita’, que prometera a uma menina restituir sua perna amputada; os espíritas da FEB, [...], concordam que se trata de uma ‘exploração da boa-fé e da credulidade popular’, mas não entendem por que se usou, para designá-la, o rótulo de ‘espiritismo’. Como que atendendo ao

O ponto de aproximação dessas outras religiões, com a Doutrina Espírita, salvas suas diferenças vitais, é a espiritualidade, espiritualismo, e/ou a crença em espíritos, energias e dimensões aquém daquelas fornecidas pelo catolicismo (céu-inferno). São grupos de pessoas que não mais se encaixam nas religiões majoritárias do território brasileiro – católicos (64%) e evangélicos (22%) (IBGE, 2010). Segundo o IBGE (2010), todas as regiões brasileiras detêm, majoritariamente, em suas populações, percentuais acima de 50% para a religião católica, e cerca de 20% para religiões evangélicas/protestantes. Hervieu-Léger (1993) relata ainda o crescimento de novas religiosidades e/ou do ser não religioso, mas espiritualizado, confortáveis por serem parte de “uma identidade religiosa flexível-flutuante”.

Os centros espíritas estão presentes em todo território nacional, sendo aqui o único país do mundo com uma rede pujante e capilarizada. A razão disso é que o espiritismo aqui não tentou “construir uma espiritualidade radicalmente diferente daquela corrente na sociedade brasileira” (STOLL, 2005, p. 196). E, de acordo com os princípios e ensinamentos supracitados, “os espíritas reconheciam ter entrado no campo das religiões, mas o faziam através de formulações que consideravam ‘filosóficas’ ou ‘morais’” (GIUMBELLI, 1997, p.71).

O perfil dos espíritas brasileiros, segundo IBGE (2010):

[...] grupo com idade mediana mais velha é o dos espíritas (37 anos) que cresceu na última década e chegou a 3,8 milhões de pessoas, sobretudo nas regiões Sudeste e Sul. Os espíritas são os que apresentaram melhores indicadores, como a maior proporção de pessoas com nível superior completo (31,5%) (IBGE, 2010, não p.).

Ainda hoje, no Brasil, perpetua a elevada escolaridade na maioria dos indivíduos que se declaram espíritas (TABELA 8), assim como a cor - brancos (68,7%). A pesquisa exhibe um aumento expressivo no número de espíritas entre o Censo de 2000 e o Censo de 2010, principalmente na região Sudeste (de 1,4

---

apelo da matéria sobre o ‘falso espiritismo’, [a outra reportagem, revela] o caso [de uma] casa no subúrbio onde mulheres ‘superiormente analfabetas’ se dispõem, através de rituais, ridículos, em que são evocados ‘espíritos caboclos’, a ‘melhorar a vida’ das pessoas. Segundo o jornal, o ‘falso espiritismo’ se dissemina pelas ‘classes inferiores’ e ‘se presta magnificamente para as explorações’” (GIUMBELLI, 1997, p. 239).

milhões - 2,5 milhões). Em primeiro lugar, o Rio de Janeiro (4%), seguido por São Paulo (3,3%), Minas Gerais (2,1%) e Espírito Santo (1,0%) (IBGE, 2010).

TABELA 8 – ADEPTOS DO ESPIRITISMO NO BRASIL E GRAU DE ESCOLARIDADE

<b>Religião Espírita e Escolaridade</b>	
N.º de espíritas no Brasil	3.8 milhões
Superior Completo	31,5%
Taxa de Alfabetização	98,6%
Fundamental Completo e Médio incompleto	15%
Sem instrução e Fundamental incompleto	1,8%

FONTE: IBGE, 2010. Org.: DIAS, M.A. (2021).

Revelam-se rendimentos acima de 6 salários-mínimos para 19,7% do grupo, sendo, dentre as religiões, o grupo com a posição mais elevada. (IBGE, 2010). Correspondem assim às premissas espíritas do século XIX que detêm “os seus prosélitos nas primeiras camadas da Sociedade” (REVISTA ESPÍRITA, 1858, não p.).

A distribuição dos espíritas pelo território não permite distinguir sua vinculação e as estruturas de classes da sociedade, ou seja, eles estão presentes tanto nas áreas centrais das cidades quanto nas periferias, e são frequentados por gente pobre e rica, preto e branco, índio e amarelo, etc. (MENDONÇA, 2019). O contrário acontecia nas décadas de 1950 e 1960, com contextos que permitiam conferir ao espiritismo um caráter “essencialmente urbano”:

[...] ao contrário da evangelização protestante, [o espiritismo] permanece essencialmente como um movimento urbano, pois é mais importante no Sul, de população urbana com suas grandes metrópoles, do que no Norte com suas cidades ainda em parte rural e tradicional (BASTIDE, 1967, p. 7, tradução nossa).

Hoje, mesmo que ainda se verifiquem contextos semelhantes (Brasil rural e urbano) aos das décadas mencionadas, a globalização e o acelerado processo industrial transformaram as capitais brasileiras e suas regiões metropolitanas, o que possivelmente alterou a lógica de Bastide (1967).

De forma a averiguar tais nuances, a atual localização dos centros espíritas e sua distribuição foram investigadas e revelam-se pela organização espacial e temporal que acompanha o êxodo rural das populações brasileiras, confirmando as premissas de Bastide (1967), por estarem fortemente concentradas nas cidades mais populosas do Sul e Sudeste. Nas demais

regiões, sua presença é tímida, até mesmo em Salvador, local do primeiro centro espírita.

São ao todo 6.821 (FEB, 2019) centros espíritas filiados à FEB (detalhes da filiação serão evidenciados no capítulo 4), distribuídos em todas as regiões do Brasil, sendo as regiões Sudeste (3.265 CEs), Sul (830 CEs) e Nordeste (728 CEs) as que mais possuem CEs.

Detalhadamente, para o Brasil:

**1.º Região Sudeste:** (1.337 CEs) São Paulo, (1.055) Rio de Janeiro, (769) Minas Gerais e (104) Espírito Santo;

**2.º Região Sul:** (430 CEs) Rio Grande do Sul, (147 CEs) Santa Catarina e (253 CEs) Paraná, com 33 CEs em Curitiba e 52 CEs em sua Região Metropolitana;

**3.º Região Nordeste:** (77 CEs) Maranhão, (64 CEs) Piauí, (75 CEs) Ceará, (127 CEs) Bahia, (114 CEs) Rio Grande do Norte, (10 CEs) Pernambuco, (134 CEs) Paraíba, (67 CEs) Alagoas e (60 CEs) Sergipe.

**4.º Região Norte:** (41 CEs) Acre, (39 CEs) Rondônia, (13 CEs) Roraima, (10 CEs) Amapá, (56 CEs) Amazonas, (245 CEs) Pará e (32 CEs) Tocantins.

**5.º Região Centro-Oeste:** (192) Mato Grosso, (78 CEs) Mato Grosso do Sul, (22 CEs) Goiás e (119 CEs) Distrito Federal.

A pesquisa foi feita com base no banco de dados da FEB (2021) e busca “livre” no Google. Em escalas de detalhe, pelo Google Maps, é possível verificar que os centros espíritas estão localizados, majoritariamente, em endereços centrais.

Confirma-se então os prenúncios dados por Bastide no fim da década de 1960 para o espiritismo brasileiro, que se mantém como um movimento urbano, predominante nas regiões modernas e economicamente desenvolvidas - Sudeste e Sul do Brasil. Contudo, a FEB e suas Regionais têm direcionado suas metas para a expansão da Doutrina em todas as regiões periféricas do país, apresentando, desde os anos 2000, algumas franjas nas regiões metropolitanas.



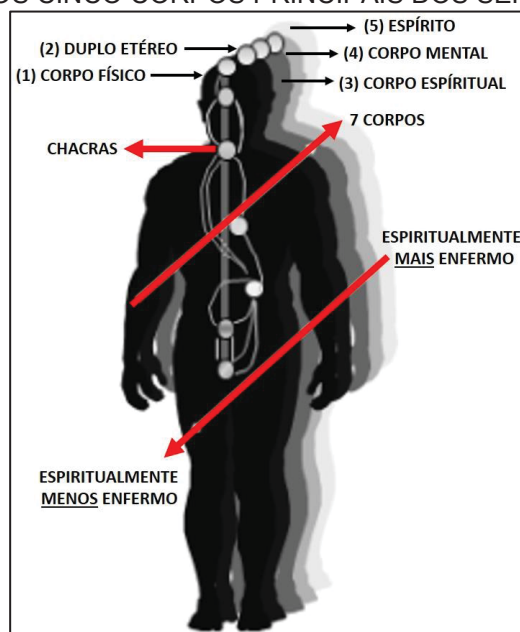
### 3.4.2.1 As práticas terapêuticas no espiritismo brasileiro

Conforme já mencionado, os centros espíritas atraem adeptos por muitos motivos, mas, sobretudo, interessa compreender a organização e características de suas práticas terapêuticas. Esses locais dispõem de práticas subsidiadas pelos dogmas do espiritismo de Allan Kardec, de matriz eurocêntrica e, portanto, direcionadora de certos estigmas e percepções, aproximando-se de uma terapêutica moral compatível à das religiões cristãs, de tradição evangelizadora.

Para compreender a totalidade dessa terapêutica, deve-se considerar a existência de mais de um corpo humano. As teorias espíricas (não apenas o kardecismo) e quânticas acatam que os seres humanos possuem 7 corpos, sendo: (1) físico, (2) duplo etérico, (3) corpo espiritual, (4) corpo mental, (5) espírito, (6) búdico e (7) átmico. Eles também se multiplicam em outras dimensões, chegando até mesmo ao montante de 128 corpos.

Os 5 primeiros corpos (FIGURA 19) são os corpos principais, considerados dentro da Doutrina de Kardec e, por meio deles, a terapêutica é direcionada. Compreende-se que, quando o corpo físico humano (carne) apresenta alguma doença, ela será refletida para os outros corpos, e quanto mais agressiva e constante é a doença, mais corpos/dimensões ela atingirá. “O corpo reflete o que há no Espírito, sendo assim, o Espírito precisa ser curado primeiro” (BITTENCOURT, 2019, p. 2).

FIGURA 19 – OS CINCO CORPOS PRINCIPAIS DOS SERES HUMANOS



FONTE: Bittencourt (2019, imagem); Org.: DIAS, M.A. (2021).

A alocação da doença está relacionada aos chacras - pontos energéticos espalhados pelo corpo todo -, que, quando em desequilíbrio, adoecerá a carne. Além disso, os espíritas são categóricos ao expor que a doença, na maioria das vezes, acontece pela ausência de preceitos morais, sendo assim, ela atinge o espírito, é ele quem está adoecido.

A doença se aloca na carne por maus hábitos do tempo de agora (seja alimentação, pensamentos, hábitos, moralidades) ou por alguma carga trazida de vidas passadas que precisa ser sanada com a evolução do espírito encarnado. O tratamento para essas enfermidades pode variar de acordo com o estágio e gravidade da doença.

A ação educativa é primordial para sanar as enfermidades morais e da carne, refere-se aos ensinamentos de Kardec de modo que os praticantes se direcionam para um bom comportamento, com preces e caridade. Dentre as práticas de caridade está a oferta das “medicinas espirituais”:

“[...] atividade exercida pelos espíritos que, utilizando recursos fluídicos, magnéticos e espirituais, promove a cura dos indivíduos. Também, pode-se considerar como medicina espiritual a ação curadora por medicamento e por recursos cirúrgicos exercida pelos espíritos” (Mensagem do Espírito Balthazar, psicofonia pelo médium Altivo Pamphiro no CELD, sem ano, BITTENCOURT, 2019, p. 9).

A atividade dos espíritos é intermediada pelos médiuns que, dependendo de suas capacidades, conseguem se conectar e repassar os fluidos para as demais pessoas – enfermos. Segundo os espíritas, a mediunidade, ou capacidade de sintonia com outros planos, é fator intrínseco a todos os seres humanos, pois todos possuem campos magnéticos particulares, local onde há conexão e repasse dos fluidos magnéticos, amplamente estudados por Mesmer.

De acordo com tais premissas, os médiuns, em sintonia com os espíritos, realizam as seguintes práticas: o passe, a prece, o receituário, as cirurgias espirituais e a desobsessão. Ademais, tratam-se as enfermidades morais, com aconselhamentos, evangelizações, palestras e reuniões (TABELA 9):

TABELA 9 – ORIENTAÇÕES E ATIVIDADES ESPÍRITAS REALIZADAS PELOS CENTROS ESPÍRITAS.

<b>Atividades Permanentes (semanais)</b>	<b>Características</b>
Palestras públicas	Destinadas ao público em geral, têm como objetivos exposições de temas diversos à luz da Doutrina Espírita (FEB, 2020). Acontecem em centros tradicionais e de grande porte.
Estudos sistematizados da Doutrina na casa	Reuniões de forma programada, metódica e constante, destinadas às pessoas de todas as idades e de todos os níveis culturais e sociais, que possibilitem um conhecimento abrangente e aprofundado do Espiritismo em todos os seus aspectos (FEB, 2020).
Evangelização e passes	Para as pessoas que procuram esclarecimento, orientação, ajuda e assistência espiritual e moral, abrangendo as atividades de: recepção, atendimento fraterno, explanação do Evangelho à luz da Doutrina Espírita, passe e magnetização de água, irradiação e Evangelho no lar (FEB, 2020).
Estudo e prática da mediunidade	Reuniões de estudo e educação da mediunidade, com base nos princípios e objetivos espíritos, esclarecendo, orientando e preparando trabalhadores para as atividades mediúnicas (FEB, 2020). São reuniões fechadas ao público.
Reuniões Mediúnicas	Destinadas à prática da assistência aos espíritos desencarnados necessitados de orientação e esclarecimento (FEB, 2020).
Evangelização da infância e Juventude	Atividades que acontecem de forma programada, metódica e sistematizada, atendendo a criança e o jovem, esclarecendo-os e orientando-os dentro dos princípios da Doutrina Espírita (FEB, 2020).
Assistência Social Espírita	Destinada às pessoas carentes que buscam ajuda material: assistindo-as em suas necessidades mais imediatas; promovendo-as por meio de cursos e trabalhos de formação profissional e pessoal; esclarecendo-as com os ensinamentos morais do Evangelho (FEB, 2020). Acontece em centros mais tradicionais e de grande porte. Ações: Distribuição de cestas básicas às famílias em situação de risco social cadastradas; Campanha de Natal às famílias assistidas; Campanha de arrecadação de Materiais escolares no início de cada ano letivo às famílias assistidas; Campanha do Agasalho – acontecem em todos os centros.

FONTE: FEB (2020) e DIAS, M.A. (2021).

Além dessas práticas e atividades, padronizadas para todos os centros federados, há ainda a divulgação da Doutrina em veículos e meios de comunicação social como: palestras, conferências, livros, jornais, revistas, boletins, folhetos, mensagens, rádio, televisão, internet, cartazes, etc. Normalmente, ficam a cargo das Federações Estaduais.

As práticas que mais atraem o público nos centros espíritos são:

O **passe** (FIGURA 20), realizado em salas escuras, pois, com essa configuração, o ectoplasma<sup>46</sup> pode ser manipulado.

<sup>46</sup> Substância amorfa, vaporosa, com tendência à solidificação pela evolução do fenômeno tomando forma por influência de um campo organizador específico. Facilmente fotografado, de

FIGURA 20 – PROCEDIMENTOS PARA A REALIZAÇÃO DOS PASSES ENERGÉTICOS



FONTE: Cinema na Floresta e A Casa do Espiritismo. Org.: DIAS, M. A. (2019).

A **prece**<sup>47</sup> é a elevação dos pensamentos, tida como uma evocação aos espíritos que levam a mensagem a Deus. É um processo de transmissão de pensamento, ou seja, energia, imaginando que todos os seres humanos estejam mergulhados em um mesmo fluido universal que forma o espaço. O fluido recebe uma impulsão da vontade que emana o pensamento para um ser qualquer, na Terra ou no Espaço, de encarnado a desencarnado.

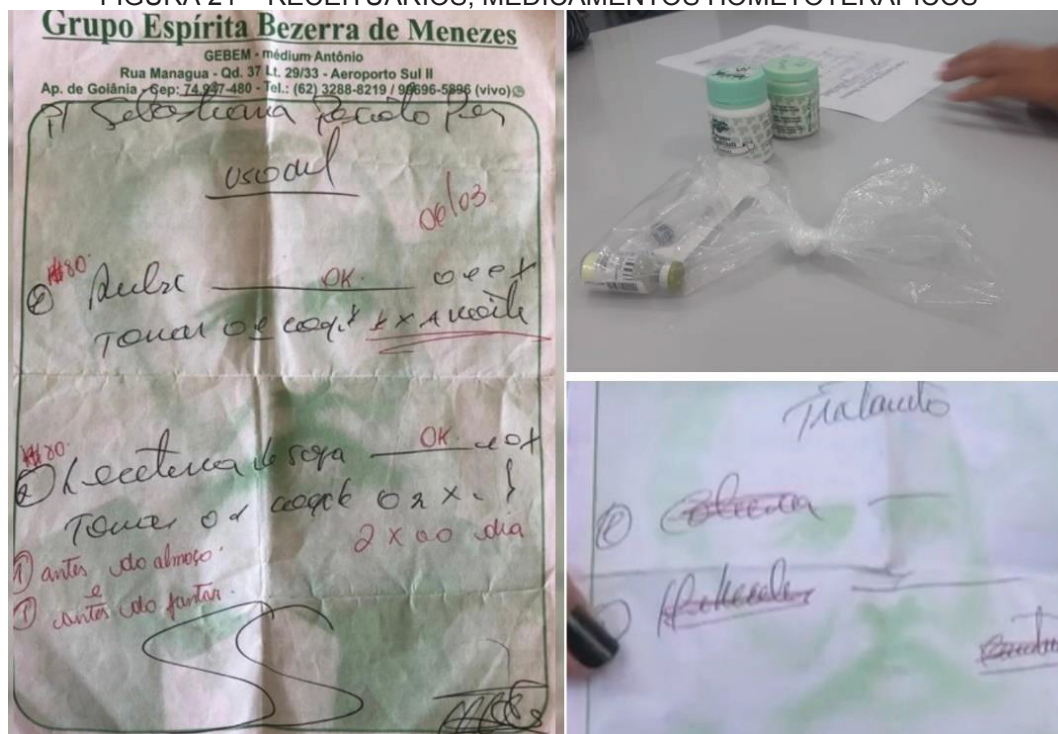
cor branco-acinzentado, vai desde a névoa transparente à forma tangível, de aspecto semelhante aos tecidos vivos, oferecendo sensação de viscosidade e frieza. (IPPB).

<sup>47</sup> “Pela prece o homem atrai o concurso dos bons Espíritos, que vêm sustentá-lo nas boas resoluções e inspirar-lhe bons pensamentos. (...) um dos meios pelos quais a cura de um mal pode ser alcançada (...) é algo que depende enormemente do pensamento e da vontade, pois sem estes ela se transforma em algo sem maior expressão. Quando os homens aprendem verdadeiramente a orar, indubitavelmente conseguem sucesso em muitas coisas, inclusive na solução de seus problemas de saúde” (KARDEC, 1864, p. 54 e GARCIA, 1998, não p.).



O **receituário**<sup>48</sup> (FIGURA 21), alvo de muitos contratempos no Brasil, já estava presente desde o “O livro dos Médiuns” de Allan Kardec (1861), divulgando a existência de médiuns receitistas.

FIGURA 21 – RECEITUÁRIOS, MEDICAMENTOS HOMETOTERÁPICOS



FONTE: André Silva e Ultradicas. Org.: DIAS, M.A. (2019).

Segundo Garcia (1998), as receitas “chocam” muitas vezes os profissionais da medicina científica, pela prescrição e combinação de alopáticas e homeopáticas. A explicação: a crença em espíritos que antes de seus desencarnes (mortes) eram médicos e que, ao serem chamados nas sessões espíritas, utilizam-se de seus conhecimentos prévios, adquiridos em vidas passadas.

As **operações espirituais**<sup>49</sup> (FIGURA 22), realizadas por meio de instrumentos cirúrgicos, de forma rápida e, normalmente, indolor. Existem no

<sup>48</sup> “[...] a especialidade dos médiuns receitistas ‘é a de servir mais facilmente de intérpretes aos espíritos para prescrições médicas. Não devemos confundi-los com os médiuns curadores, porque eles não fazem absolutamente mais do que transmitir o pensamento do espírito e não têm, por si próprios, nenhuma influência” (INSTITUTO CHICO XAVIER, GARCIA, 1998, não p.).

<sup>49</sup> “[...] o fenômeno se dá sob vários aspectos: o do uso de bisturi e demais instrumentos, o uso constante de agulhas, a ausência completa de anestesia e assepsia, os variados tipos de operações, que iam desde a retirada de um simples pterígio até uma incisão mais profunda no seio, para a retirada de um caroço qualquer” (INSTITUTO CHICO XAVIER, GARCIA, 1998, não p.).

Brasil médiuns famosos pela prática, como o “médium da faca enferrujada”, José Arigó e Edson Queiroz, assassinado por realizar tais práticas.

FIGURA 22 – AS CIRURGIAS ESPIRITUAIS NAS CASAS ESPÍRITAS DO BRASIL.



FONTE: Revista Realidade - Congonhas/MG; Cassiano Lazarini; Correio de Minas; Wislia Fotografia e TV Oeste. Org.: DIAS, M.A. (2019).

Inúmeros processos judiciais foram abertos em razão de tais práticas, culminando em prisões, como no caso de José Arigó. Outros continuam sendo julgados, não somente pela prática da intervenção cirúrgica, mas por outros crimes, como abuso, aliciamento de menores, estupros, etc., caso do médium João Teixeira de Faria (João de Deus), denunciado por mais de 10 vezes.

O **tratamento à distância** acontece pela doação da energia (pensamento e material ectoplasmático) dos médiuns que emanam tais forças para pessoas adoecidas, à distância. Além disso, também podem ser enviados espíritos, com hora marcada, às casas dos doentes, que devem se recolher e permanecer imóveis para o tratamento.

A **desobsessão**<sup>50</sup> corresponde à “ação de um espírito (falecido) sobre um encarnado (vivo), levando-o a cometer atos tidos como anormais por nossa sociedade”. Acreditam também que esses espíritos assolam os doentes nas clínicas psiquiátricas, não sendo então uma patologia do próprio indivíduo e sim um caso espiritual e sujeito à desobsessão.

<sup>50</sup> “Compreendeis que vos falo dos obsessos, desses infelizes irmãos que encontrais a todo momento e que despertam a vossa curiosidade ou os vossos sentimentos. Falo dessas vítimas de erros e faltas que escapam à vossa percepção e aos quais, olhando-os com olhos piedosos, procurais ministrar a palavra consoladora — o bálsamo santo da caridade divina” (REVISTA ESPÍRITA, 1858, p. 25).



Essa temática foi amplamente investigada em estudos de casos em hospitais e, à época, sanatórios. Os espíritas praticam esse último método por meio de uma doutrinação, realizada por conversas com os espíritos obsessores indicando a eles um caminho benéfico a ser seguido, por meio dos pressupostos kardecistas. A cura dentro do espiritismo será viabilizada se todos esses métodos da terapêutica forem seguidos.

Dessa forma, a Doutrina espírita se configura como um fenômeno peculiar e metodológico por albergar um “Processo Educativo Espírita”, como se fosse um código de conduta a ser seguido pelos adeptos e pelos enfermos. Esse proceder confirma que os indivíduos almejam ser conscientes, de forma que se conformem com seus estados, enfermidades, imperfeições, etc., como se fossem momentâneos e imprescindíveis para a evolução nesse plano terrestre.

Por enfermos, os espíritas compreendem não somente pessoas assoladas por doenças da carne, mas também, enfermos de espírito (raivosos, egoístas, gulosos, ciumentos, possessivos, etc.), ou seja, todos aqueles que não seguem em suas vidas os ensinamentos de Jesus Cristo - do bem/da caridade.

As práticas alternativas, conforme já mencionado, assim são adjetivadas por não compreenderem o modelo hegemônico da medicina científica, detentora de técnicas, instrumentos, alopatias, etc. E nos centros espíritas não se dão apenas por meio de instrumentos e medicamentos, mas sim por uma imaterialidade bastante específica, ao considerar métodos e diretrizes (prece, passes, águas fluidificadas, posturas, estudos, etc.) que compõem o processo educativo espírita. Notório ainda é perceber que o espiritismo e/ou espiritualidades conseguem unir pelas vias da doença e saúde, duas medicinas que não se conversam, cada qual com suas especificações, mas em sua maioria destinadas ao mesmo fim, a saúde humana.

Pela história, consolidação, espacialização e detalhamento da terapêutica do espiritismo no Brasil, compreende-se que o fenômeno da Doutrina, conforme diversos autores afirmaram, é perpétuo no país e surpreende averiguar que as raízes mais ortodoxas dos ensinamentos de Allan Kardec ainda são seguidas. Contudo, o hibridismo cultural e a reformulação de muitos pressupostos kardecistas indicam outras perspectivas e procederes latentes que se mostram compatíveis com as transformações das sociedades e do pensamento moderno.

O espiritismo brasileiro está em constante desenvolvimento, é temporal e espacial, ora se apresenta como ciência/filosofia, ora se faz por meio de dogmas/religião a depender também do lugar em que está. Ele se fortaleceu no Brasil por seus preceitos caridosos e, sumariamente, assistencialistas, que vão ao encontro das necessidades do povo brasileiro. De forma a refinar ainda mais essas exposições e a fim de analisar e diagnosticar a dimensão terapêutica/geográfica/espacial dos centros espíritas, a seguir, algumas escalas de detalhe serão aplicadas para a área de estudo, o Aglomerado Urbano de Curitiba - Paraná.

#### **4. DIMENSÕES SOCIOESPACIAIS DAS PRÁTICAS E CUIDADOS EM SAÚDE A PARTIR DE CENTROS ESPÍRITAS NO AGLOMERADO URBANO DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA (AU-RMC).**

Os sujeitos que buscam auxílio para as enfermidades do corpo nas práticas alternativas/populares/tradicionais também estão envolvidos, em certa medida e indissociavelmente, mesmo que de forma inconsciente, com uma “nebulosa místico-esotérica” (CHAMPION, 1989), difícil de ser caracterizada, mas, em tentativa seria uma forma complexa e mal definida de percepções, epistemologias, práticas e métodos. Ao mesmo tempo que diferentes são inter-relacionais, pois a(s) espiritualidade(s) faz(em) parte desse todo-complexo.

A proposição de um estudo de caso visa identificar e diagnosticar características de uma nebulosa místico-esotérica e uma “espiritualidade terapêutica” que se põem a serviço da saúde no Aglomerado Urbano de Curitiba (AU-RMC). Far-se-á isso por meio dos centros espíritas e, possivelmente, por seus variados espiritismos e/ou espiritualismos, visando, com o auxílio do mapeamento em detalhe, ultrapassar a mera espacialização de pontos e traços cartografáveis. A análise espacial e contextual dos lugares em que os centros espíritas se concentram, possibilitará averiguar o núcleo social dos envolvidos, ou seja, qual o perfil socioeconômico dos adeptos?, quais classes sociais estão?, quais são as enfermidades? e, principalmente, quais são as crenças e desafios dos atores sociais que implicam na terapêutica e concedem o trato para as doenças físicas e espirituais?.

Tais diagnósticos são importantes, porque não há registros oficiais das atividades terapêuticas ofertadas nesses locais e, diante dessa ausência, e na tentativa de qualificá-las e quantificá-las, algumas análises serão realizadas com auxílio das variáveis socioespaciais. Para tanto, realizou-se a identificação e espacialização dos centros espíritas no Aglomerado Urbano Central de Curitiba (AU-RMC) e, especificamente, dois centros espíritas foram analisados *in loco*, de modo a vislumbrar as nuances de seus espaços físicos e ofertas e, por meio de conversas, averiguar as percepções dos seus atores sociais.

Intenta-se reconhecer algumas imbricações presentes no espaço geográfico que aloca os centros espíritas, pelo fazer e gerenciar do processo saúde-doença-tratamento, e para isso as variáveis socioeconômicas do IBGE

(população total, cor, renda, escolaridade) e os serviços de saúde das Prefeituras Municipais (hospitais, unidades de saúde básica e centros de especialidades médicas) foram espacializados junto aos centros espíritas.

Todos esses dados foram dispostos e estão categorizados em setores censitários (IBGE), considerados a menor unidade espacial de análise, garantindo, assim, uma melhor acurácia cartográfica ao fenômeno.

#### **4.1 Mapeamento da espiritualidade terapêutica no AU-RMC**

A Federação Espírita do Paraná (FEP) foi fundada em 1902, com instalação própria no ano de 1915. Antes disso, os créditos do espiritismo no Paraná são dados ao imigrante e comerciante português Manoel José da Costa e Cunha, que teve contato com a doutrina de Kardec no Rio de Janeiro, trazendo-a para a capital curitibana.

Para se tornar um federado da FEP, é necessário o cumprimento de alguns requisitos, todos firmados em contratos e resoluções<sup>51</sup>, tornando-se também participante de outras esferas, como a União Regional Espírita e a FEB. Após o envio dos documentos, o solicitante passará por uma análise<sup>52</sup> e com o registro firmado, deverá atender a uma série de recomendações e zelos para a oferta da Doutrina nos centros espíritas, garantindo assim que todo o planejamento e metas estipulados pelos órgãos federativos se desenvolvam.

Isso acontecerá de acordo com as hierarquias: o Conselho Federativo Nacional (CFN) é uma instância da Federação Espírita Brasileira (FEB) que propõe e desdobra normativas para a organização das Comissões Regionais. A FEP é a instância responsável pelo repasse dessas orientações para as suas regionais, e estas para os seus centros. Considera-se que a federação da FEP é fator essencial para a instalação e continuidade dos centros espíritas, já que

---

<sup>51</sup> (...) ata de reunião de seu Conselho ou de sua Diretoria a intenção de se tornar filiada à Federação Espírita do Paraná. Encaminhar carta à Federação Espírita do Paraná, por intermédio da União Regional Espírita de sua região, anexando cópia do seu Estatuto, devidamente registrado, bem como da ata mencionada acima (CONSELHO FEDERATIVO ESTADUAL, FEP, 2000).

<sup>52</sup> Se a Instituição Espírita já for conhecida da União Regional Espírita, esta emitirá seu parecer sobre o pedido em causa. Se a Instituição não for conhecida da União Regional Espírita, esta constituirá comissão para visitar a referida casa a fim de emitir seu parecer. No caso em que a Instituição esteja adotando práticas que contrariem os princípios recomendados pela Doutrina Espírita, a URE passará a dar-lhe assistência, caso esta aceite, a fim de sanar as irregularidades, quando então dará continuidade ao processo (CONSELHO FEDERATIVO ESTADUAL, 2000).

toda a infraestrutura, ações sociais e divulgação são apoiadas, o que mobiliza mais membros, proventos e público.

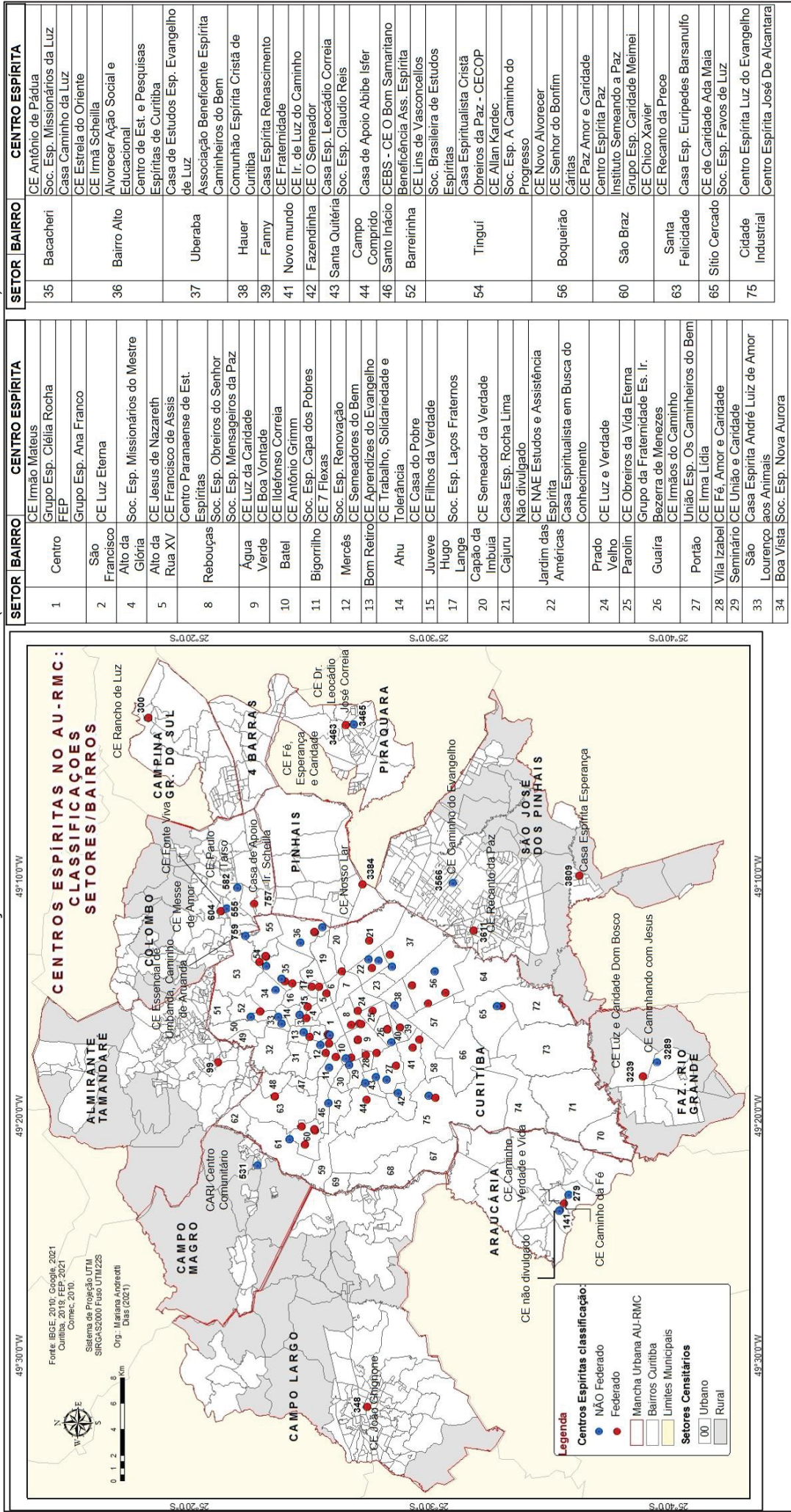
#### *4.1.1 Os centros espíritas no AU-RMC*

Os centros espíritas encontrados na área de estudo foram classificados como “federados” e “não federados”, em menção à esfera espírita máxima no estado, a FEP. Tal distinção é presente na análise, pois há centros espíritas que seguem diretrizes distintas das impostas nos regulamentos da FEP e, conseqüentemente, da Federação Espírita Brasileira (FEB), culminando na diferenciação também na(s) terapêutica/prática(s) ofertada(s) para a saúde e no espiritismo exercido.

Com o auxílio da própria FEP, os centros espíritas federados no AU-RMC foram localizados, sendo ao todo 58 centros espíritas (federados), desses, 47 dentro do município de Curitiba, e 11 nos municípios limítrofes (pertencentes à RMC). Não foram encontrados centros espíritas federados nos municípios de Quatro Barras e Campo Magro. A localização dos centros espíritas “não federados” foi feita por uma busca “livre” em sites, já que não existe uma organização responsável pelo gerenciamento e agrupamento deles, resultando, assim, em 48 centros espíritas (não federados) encontrados na área de estudo. Somando os federados e não federados, tem-se na área de estudo 97 centros espíritas (FIGURA 23).



FIGURA 23 – AU-RMC - LOCALIZAÇÃO DOS CENTROS ESPÍRITAS (FEDERADOS E NÃO FEDERADOS).

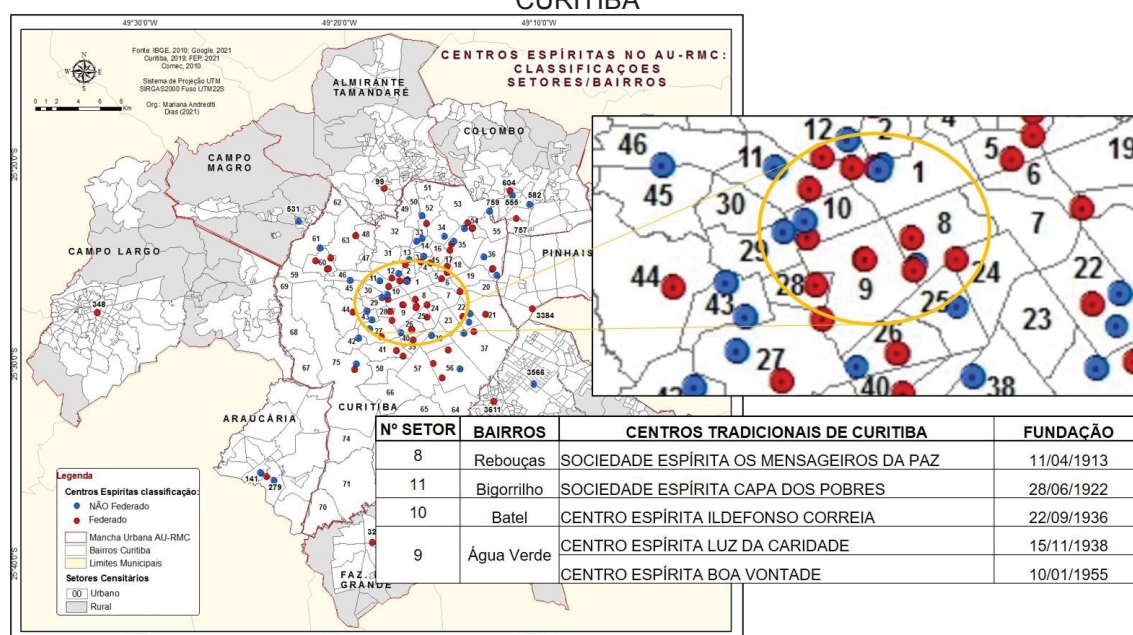




Em primeira análise é possível verificar que a maioria dos centros espíritas se concentram nas áreas centrais da cidade de Curitiba, contudo eles também estão inseridos nas áreas urbanas mais distantes do AU-RMC, identificando assim a ampla adesão dessa Doutrina pela população urbana.

Em detalhe, para a cidade de Curitiba, é possível vislumbrar a relação: mais centros espíritas federados nas áreas centrais e mais centros espíritas não federados nas áreas periféricas. As datas das fundações dos centros espíritas mais centrais foram averiguadas e revelam a formação espaço-temporal de um conglomerado tradicional espírita no centro de Curitiba (FIGURA 24). Os primeiros centros espíritas estão alocados próximos uns aos outros em bairros centrais e nobres, como Batel, Bigorrião, Água Verde e Rebouças, mantendo até a atualidade uma grande atuação social.

FIGURA 24 – AU-RMC - CONGLOMERADO ESPÍRITA TRADICIONAL NO CENTRO DE CURITIBA



Org.: DIAS, M.A. (2021).

Os centros espíritas tradicionais possuem, em suas histórias, a presença de famílias influentes de Curitiba que têm/tiveram membros associados, sendo alguns personagens ativos no espiritismo paranaense.

Estendendo a análise para o AU-RMC, é possível averiguar uma contiguidade entre federados e não federados, em acordo com as metas de expansão e descentralização presentes nos documentos FEB e, especificamente, na Diretriz n.º 5:

Promover e auxiliar a implantação de novos Centros Espíritas, devidamente organizados e com a adequada orientação doutrinária e assistencial, em locais onde se façam necessários, com a finalidade de atender à sociedade, descentralizando e interiorizando a ação espírita (FEB, 2018, p. 19).

Foram ainda identificadas, pertencentes aos “não federados”, 4 instituições que se autodenominam centros espíritas, mas, em verdade, são terreiros de umbanda/candomblé/misto. Elas utilizam nomes que são comuns a essas matrizes, como “Aruanda”, “7 flexas”, “Vovó”, etc. Três dessas casas estão alocadas nos limites do município curitibano, próximas à região metropolitana, e uma casa está localizada em bairro “nobre”, próxima aos centros espíritas mais tradicionais da cidade. De antemão há de se considerar que os locais e/ou terreiros de matrizes afro-brasileiras, historicamente, sofrem com o preconceito e a intolerância religiosa, e são corriqueiros os ataques às suas casas e agressões aos membros, etc. Isso é fator que contribui para a não divulgação dos seus endereços.

Bastide (1967) apresenta considerações importantes que vão ao encontro desse “disfarce” apresentado por algumas casas espiritualistas. O autor credita ao espiritismo de Kardec a responsabilidade do “[...] despertar de arquétipos profundamente enraizados no inconsciente coletivo” e, por isso, revelador de um autorreconhecimento da população brasileira. Esse eco e ação se vislumbrariam por uma face brasileira mais popular/tradicional, híbrida e miscigenada (dançante, mística, cosmológica e de estreita relação com a natureza).

Em contexto, o que Bastide (1967) oferta em suas considerações poderia ser colocada para a população que opera o espiritismo de Kardec no Brasil. Esses sujeitos, supostamente, estariam em constante conflito identitário, por perceberem a ironia existente entre o espiritismo trazido da Europa séculos passados e as práticas espiritualistas brasileiras que foram sendo desenvolvidas pela miscigenação do povo, estas últimas seriam carregadas de “liberdade”, vagorosamente propiciada nos tempos de agora. Nesse cenário hipotético, as amarras se afrouxam, os estigmas e preconceitos, timbrados desde a colonização europeia, se esfacelam, propulsados pela identificação histórica e cultural brasileira. Apesar desse posicionamento, que em muito beneficia os

teóricos descoloniais, o despertar e desenlace da população espírita, que em verdade é espiritualista, ainda é brando.

A existência de três espiritualismos (dois compatíveis com o espiritismo de Kardec e um compatível com as religiões afro-brasileiras) confirma a existência de uma nebulosa místico-esotérica por envolver mais de uma religião (espírita, umbanda, candomblé), espiritualidades diversas (acreditam em espíritos e os cultuam de formas diferentes) e não estar em acordo com os limites e demarcações oficiais das cidades, espreado-se como fenômenos, não organizados e temporais. Deve-se refletir sobre a existência de um *continuum* espiritualista e/ou religioso formado em complexidade por narrativas, práticas e institucionalizações e, por isso, gerador de um “socialidade”, que convoca a sensibilidade do dado social que a sociedade moderna insiste em negar (MAFFESOLI, 1996, p. 106). Essa negativa parece ser cúmplice da íntima relação entre as espiritualidades e os estratos sociais.

#### 4.1.2 A dimensão socioespacial do espiritismo no AU-RMC


De posse dos primeiros mapeamentos e análises, parte-se para os contextos socioeconômicos da população residente na área de estudo. Para melhor identificação dos processos, as variáveis do IBGE (2010) foram distribuídas e separadas em setores censitários, fragmentos/recortes de grandes áreas que possibilitam a identificação de elementos e índices específicos, já que uma escala de aproximação (maior) fornece mais detalhes.

A pretensão ao organizar a espacialização e uma coleção de mapas ilustradora dos fenômenos é a de garantir e reforçar o caráter iluminador do espaço geográfico, não sendo ele apenas palco das relações, mas “fruto de conexões que incorpora de forma indissociável o jogo entre os mundos material e imaterial, superando dicotomias que o veem apenas como materialidade” (HAESBAERT, 2021, p. 38).

De forma complementar e para compreender como se dá a terapêutica nos centros espíritas, fez-se uso de um instrumento oficial da FEP, realizado anualmente pelos centros espíritas - o “censo espírita” (FIGURA 25). Esse documento visa à organização e à padronização das ações realizadas nos centros federados. Por meio dele é possível averiguar e compreender como

acontece a terapêutica, a divulgação das atividades, a frequência, a quantidade de trabalhadores/voluntários, o público atendido, etc.

FIGURA 25 – CENSO ESPÍRITA DA FEP

FORMULÁRIO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES		CENSO ESPÍRITA NACIONAL			
<b>INFORMAÇÕES DO CENTRO ESPÍRITA</b>					
<b>PALESTRA PÚBLICA</b>			<b>EVANGELIZAÇÃO JUVENIL - SEMANAL</b>		
QTD SEMANAL		QTD. DE GRUPOS DE EVANGELIZAÇÃO INFANTIL			
PÚBLICO APROX. SEMANAL		QTD DE TRABALHADORES ATUANTES			
QTD DE PALESTRANTES SEMANAL		QTD. TOTAL APROX. DE ATENDIDOS			
<b>GRUPOS DE ESTUDOS</b>			<b>LIVRARIA</b>		
QTD GRUPOS DE ESTUDO INSTALADOS		QTD DE TRABALHADORES VOLUNTÁRIOS			
QTD DE COORDENADORES		QTD DE FUNCIONÁRIOS CONTRATADOS			
QTD DE PARTICIPANTES		QTD MÉDIA TÍTULOS VENDIDOS ANO			
<b>ATENDIMENTO FRATERNO</b>			<b>BIBLIOTECA</b>		
QTD DE HORÁRIOS SEMANAIS DISPONÍVEIS		QTD DE TÍTULOS DISPONÍVEIS			
QTD DE ATENDENTES SEMANAIS		QTD LEITORES CADASTRADOS			
QTD DE ATENDIDOS - SEMANAL		QTD DE EMPRÉSTIMOS MÊS			
<b>PASSES FLUIDOTERAPIA</b>			<b>COMUNICAÇÃO SOCIAL ESPÍRITA</b>		
QTD DE HORÁRIOS SEMANAIS DISPONÍVEIS		PARTICIPA DE REDES SOCIAIS ?			
QTD SEMANAL DE TRABALHADORES ATUANTES		FACEBOOK			
QTD. TOTAL APROX. DE ATENDIDOS		INSTAGRAM			
		TWITTER			
		OUTROS			
		NÃO POSSUI			
<b>IRRADIAÇÕES</b>					
QTD DE HORÁRIOS SEMANAIS DISPONÍVEIS					
QTD SEMANAL DE TRABALHADORES ATUANTES					
QTD. TOTAL APROX. DE ATENDIDOS					
<b>RECEPÇÃO</b>					
QTD SEMANAL DE TRABALHADORES ATUANTES		ENDEREÇO SITE:			
		QTD DE TRABALHADORES ATUANTES			
<b>ASSISTÊNCIA E PROMOÇÃO SOCIAL ESPÍRITA</b>			POSSUI INFORMATIVO		
TIPOS DE ATIVIDADES DESENVOLVIDAS 1		FREQUÊNCIA			
FREQUÊNCIA DA ATIVIDADE (SEMANAL)		TIRAGEM DO INFORMATIVO			
TIPOS DE ATIVIDADES DESENVOLVIDAS 2		FORMATO INFORMATIVO			
FREQUÊNCIA DA ATIVIDADE (SEMANAL)		DIGITAL			
TIPOS DE ATIVIDADES DESENVOLVIDAS 3		IMPRESSO			
FREQUÊNCIA DA ATIVIDADE (SEMANAL)		POSSUI PROGRAMA DE RÁDIO			
TIPOS DE ATIVIDADES DESENVOLVIDAS 4		FREQUÊNCIA VEICULAÇÃO			
FREQUÊNCIA DA ATIVIDADE (SEMANAL)		FORMATO			
TIPOS DE ATIVIDADES DESENVOLVIDAS 5		WEB RADIO			
FREQUÊNCIA DA ATIVIDADE (SEMANAL)		AM/FM			
QTD TOTAL DE TRABALHADORES ENVOLVIDOS		NÃO POSSUI			
QTD. TOTAL APROX. DE ATENDIDOS		QTD DE TRABALHADORES ENVOLVIDOS			
<b>EVANGELIZAÇÃO INFANTIL - SEMANAL</b>			POSSUI GRUPO DE ARTE (CANTO, CORAL, TEATRO?)		
QTD. DE GRUPOS DE EVANGELIZAÇÃO INFANTIL		QTD DE TRABALHADORES ENVOLVIDOS			
QTD SEMANAL DE TRABALHADORES ATUANTES					
QTD. TOTAL APROX. DE ATENDIDOS - PERÍODO					

FONTE: FEP (2019).

O documento é de caráter restrito, contudo entende-se que, para a análise socioespacial da área de estudo, tal instrumento é de suma importância e dessa forma foi solicitado (via e-mail) para todos os centros espíritas. Dos 58 centros espíritas federados, apenas 17 retornaram com os dados. Destes, 12 centros espíritas são de Curitiba e 5 centros espíritas são de municípios metropolitanos. Optou-se por separar os dados dos centros espíritas dos municípios da RMC dos de Curitiba, como forma de averiguar as diferenças na disponibilidade e adesão das atividades em ambos os contextos. As seguintes informações foram disponibilizadas pelos centros espíritas de Curitiba (TABELA 10):

TABELA 10 – QUANTIDADE E TIPOS DE OFERTAS EM 12 CENTROS ESPÍRITAS DE CURITIBA

<b>Atividades</b>	<b>Quantidade p/semana</b>	<b>Voluntários</b>	<b>Público Externo (p/semana)</b>
Palestras públicas	29	46	1935
Grupo de Estudos	79	143	1376
Livraria	-	65	3095 (vendas)
Atendimento Fraternal	-	107	192
Passes	-	433	≈2910
Evangelização	-	112	336
Assistência Social	-	186	≈926 (entre instituições e pessoas)

FONTE: CEs (2019). Org.: DIAS, M.A. (2021).

Os municípios metropolitanos da capital (TABELA 11) que disponibilizaram os dados foram: São José dos Pinhais, Piraquara e Pinhais:

TABELA 11 - QUANTIDADE E TIPOS DE OFERTAS EM 5 CENTROS ESPÍRITAS DA RMC.

<b>Atividades</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Voluntários</b>	<b>Público Externo (p/semana)</b>
Palestras públicas	7	2	810
Grupo de Estudos	36	52	531
Livraria		11	1601 (vendas)
Atendimento Fraternal	13	28	66
Passes		104	≈727
Evangelização	-	18	10
Assistência Social	-	80	≈239

FONTE: CEs (2019). Org.: DIAS, M.A. (2021).

Apesar de a amostra não ser comparável pela quantidade destoante entre os dados, foi possível perceber particularidades entre os centros espíritas de Curitiba e os centros espíritas dos municípios metropolitanos. Por exemplo, acontece maior oferta e procura da evangelização, sobretudo para as crianças, nos municípios metropolitanos, e maior oferta de palestras em Curitiba.

Em conjunto com o censo, há outros documentos oficiais da FEP, como termos que direcionam funções e deveres para os voluntários, palestrantes, evangelizadores. É normativa nos centros federados a motivação constante dos voluntários para os estudos da doutrina e a partilha desses conhecimentos nos grupos de estudos. Os palestrantes são famosos no circuito espírita (como escritores também) e partilhados entre as casas e regiões brasileiras. O atendimento fraterno é concedido em casos específicos e funciona como um consultório de psicanálise e, a depender da situação, leva-se o caso para outros níveis de atuação, como para as sessões com os espíritos. As práticas de evangelização são separadas entre os grupos infantis e juvenis e nelas também acontecem estudos e direcionamentos para a doutrina, uma espécie de catequese. A assistência social é marca registrada do espiritismo, e no AU-RMC

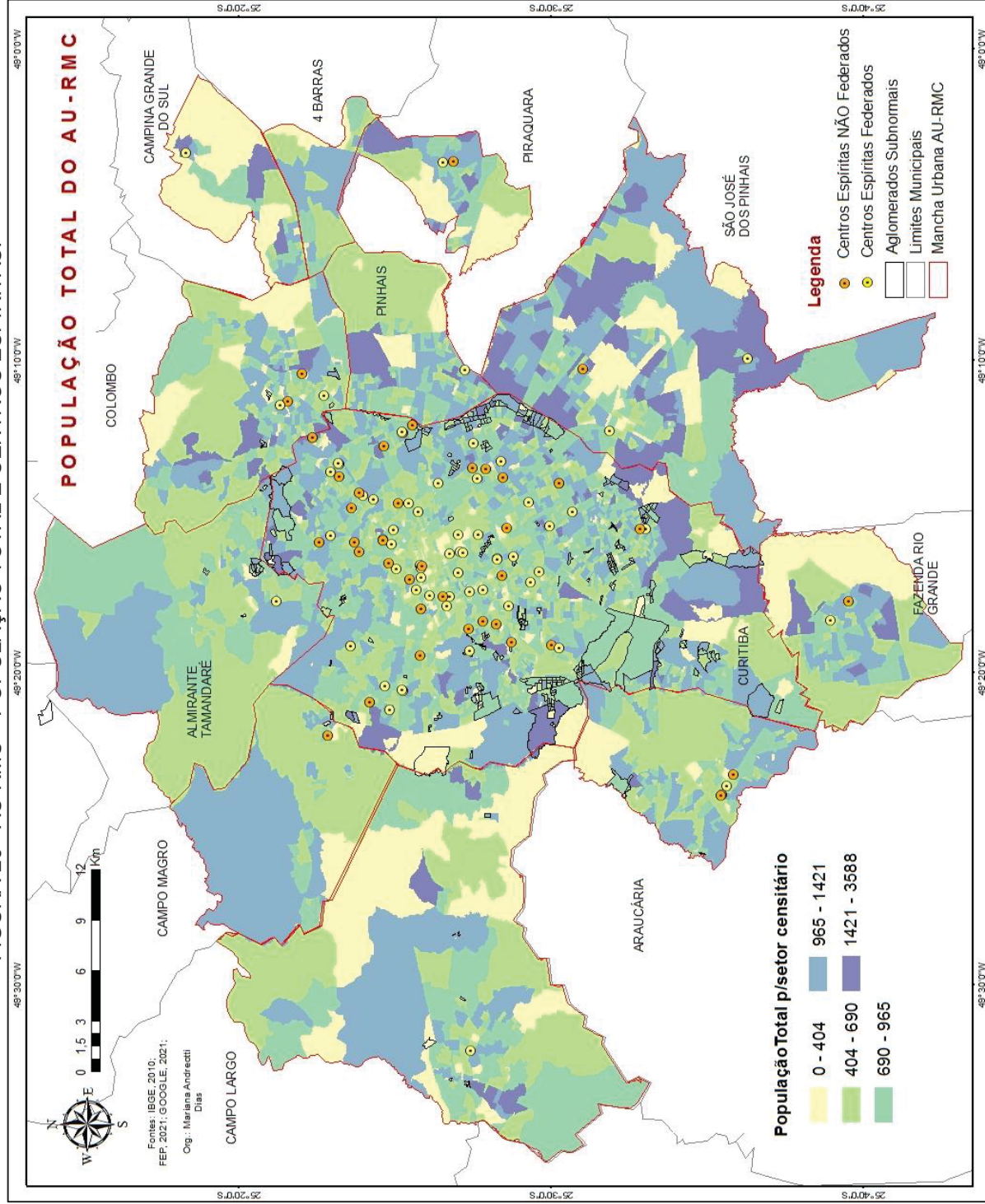
acontece com o auxílio de doações e campanhas de engajamento. São dois públicos que captam a assistência ofertada: os residentes dos aglomerados subnormais, próximos aos centros espíritas, que possuem baixas escolaridades e rendas, e as instituições que abrigam menores, dependentes químicos, etc. São doadas cestas básicas, roupas, cestas para gestantes e kits de primeiros socorros.

Com tais instrumentos e diretrizes, é possível verificar a grandeza do fenômeno e das atividades espíritas na área de estudo, sendo essa breve amostra/pesquisa apenas um fragmento do cristalizado feito que é o espiritismo federado brasileiro na sociedade curitibana, e no Brasil do Sul e Sudeste. Em continuidade à análise socioespacial, os centros espíritas também foram dispostos em conjunto com as variáveis socioeconômicas - população total, cor, aglomerados subnormais, alfabetização e renda -, do IBGE (2010).

A primeira variável a ser analisada refere-se à **população total** residente no AU-RMC (FIGURA 26), distribuída pelos setores censitários.



FIGURA 26 - AU-RMC – POPULAÇÃO TOTAL E CENTROS ESPÍRITAS.



FONTE e Org.: DIAS, M.A. (2021).

A densidade populacional é maior nas áreas limítrofes à capital de Curitiba com as maiores concentrações populacionais nas porções sul e leste. Essa configuração segue o processo segregatório-econômico pertencente às grandes cidades brasileiras. Os centros espíritas estão alocados nas porções centrais e, dessa forma, relacionam-se com as áreas de baixo e médio adensamentos e se distanciam dos aglomerados subnormais, localizados nos limites da capital.

A segunda variável refere-se à **cor** da população residente no AU-RMC, classificadas por Pretos<sup>53</sup>, Brancos, Pardos, Amarelos e Indígenas. As figuras foram dispostas de forma a melhor qualificar a relação entre Brancos (com maior percentual) e Pretos - (FIGURA 27) e entre Pardos (médio percentual), Amarelos e Indígenas (menores percentuais) - (FIGURA 28).

Na área de estudo (TABELA 12), os setores que alocam centros espíritas possuem população majoritariamente branca (82,3%), seguida por pardos (13,8%) e pretos (2,07%), e por fim, amarelos e indígenas (menores grupos).

TABELA 12 – POPULAÇÃO TOTAL DO AU-RMC/SETORES COM CEs POR COR.

<b>Cor</b>	<b>Quantidade de Pessoas</b>	<b>Percentual</b>
Brancos	69.591	82,3%
Pardos	11.710	13,8%
Pretos	1.755	2,07%
Amarelos	1.398	1,65%
Indígenas	132	0,15%
<b>Pop. Total</b>	<b>84.586</b>	<b>100%</b>

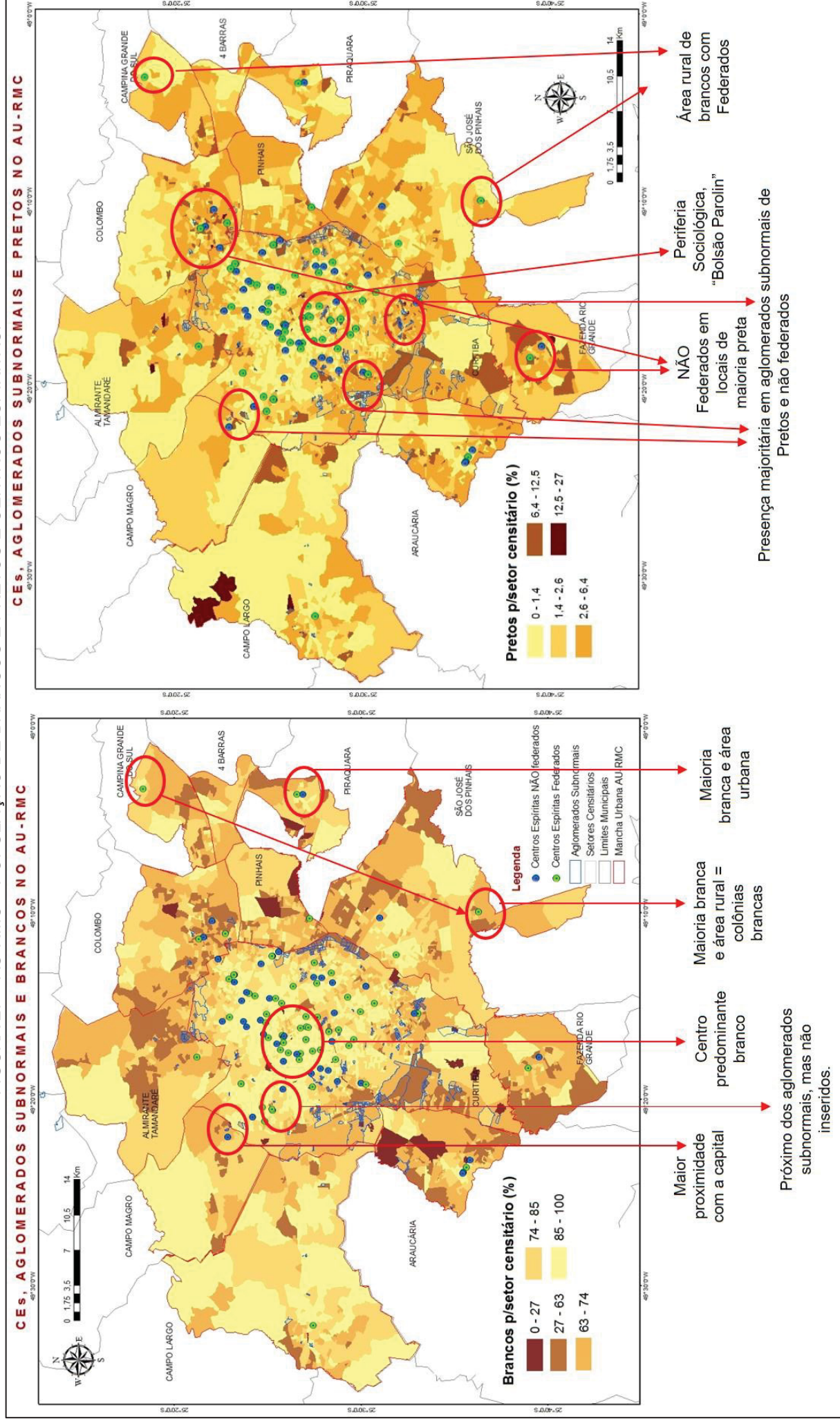
Fonte: IBGE (2010). Org.: DIAS, M.A. (2021).

**Relação população preta com centros espíritas:** Um maior contingente populacional preto está nas partes Sul e periferizada da cidade, alocado principalmente nos bairros curitibanos: Cidade Industrial de Curitiba, Sítio Cercado e Cajuru.

<sup>53</sup> Optou-se por usar pretos e não negros como forma de valorizar o movimento preto que deseja resgatar o termo historicamente depreciado. Oficialmente no IBGE usa-se negro, que não está incorreto, mas também não invoca nenhuma reflexão e mudança estrutural.



FIGURA 27 – AU-RMC – POPULAÇÃO DE BRANCOS E PRETOS E CENTROS ESPÍRITAS.



FONTE e Org.: DIAS, M.A. (2021).

Próxima ao centro, tem-se a periferia sociológica formada pelos bairros: Prado Velho, Parolin, Guaíra e Lindóia, de ocupação majoritária preta, parda e amarela. Nesses bairros formaram-se os limites de um aglomerado subnormal que constantemente sofre com ameaças de um desfavelamento por parte dos órgãos públicos. O “Bolsão Parolin”<sup>54</sup> abriga elevados índices de analfabetismo e baixa renda (evidenciados a seguir) e são justamente os moradores desses locais que mais recebem a assistência social dos centros espíritas tradicionais de Curitiba (ao menos cinco estão nas proximidades). Ampliando para o AUC-RMC, a população preta está presente, sobretudo, nas áreas limítrofes à capital, de características mais rurais e distante das áreas urbanas. A relação dos centros espíritas “não federados” e os que são usados com disfarce, em verdade terreiros, com a população preta também é relevante já que a posição destes está em acordo com maior quantidade de pretos, sobretudo nas faixas mais adensadas do mapa (6,4%-12,5% pretos e 12,5%-27% pretos p/setor censitário). Apesar da proximidade histórica e cultural que envolve as religiões de matrizes afro-brasileiras com a população preta, isso não é um fator determinante e razão única para diagnosticar a espacialidade. Cabe ressaltar que a população residente no AU-RMC é majoritariamente branca e grande parte também é adepta das religiões afro-brasileiras.

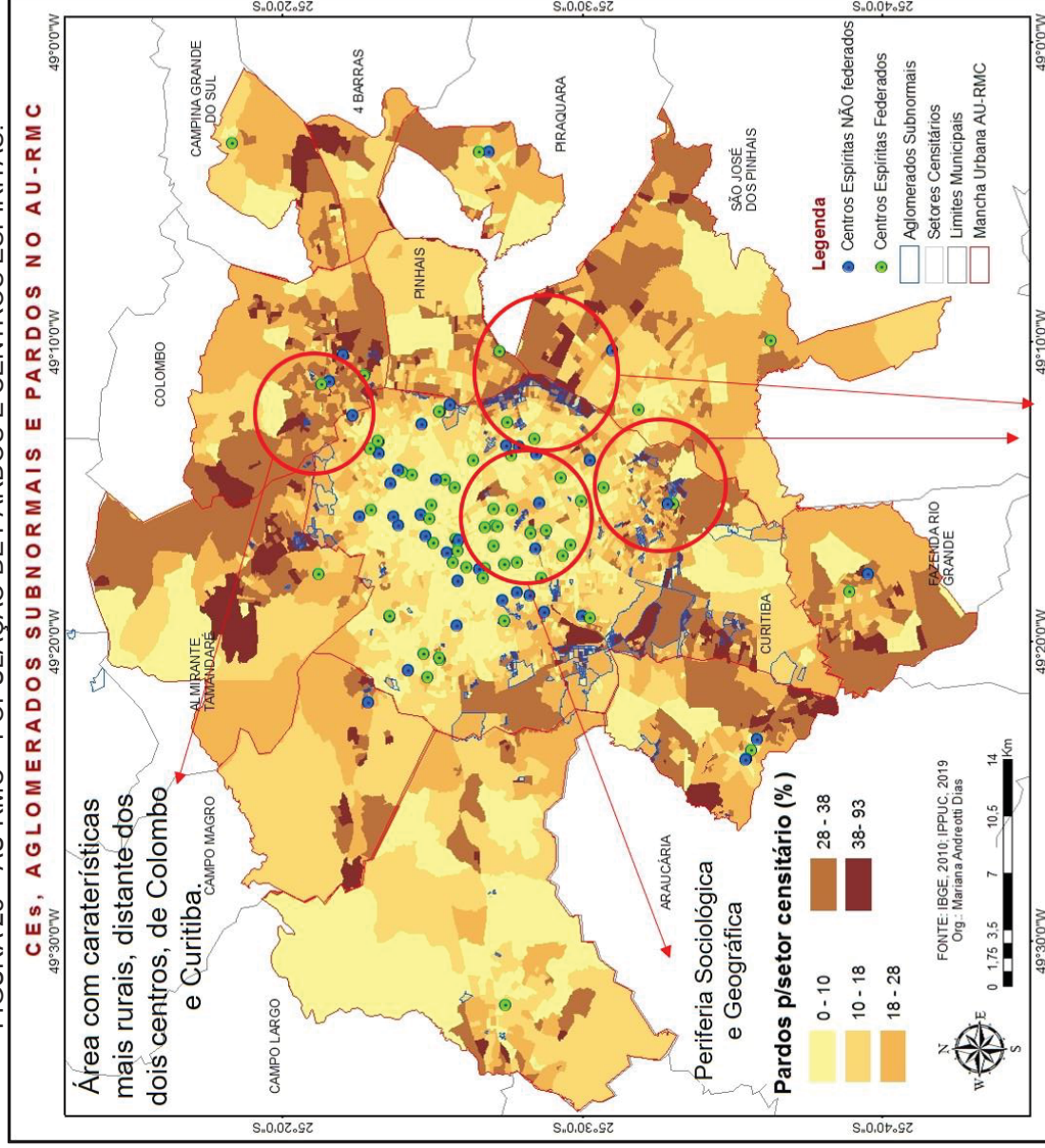
**Relação população branca com centros espíritas:** A espacialização evidenciou o que já era esperado para a área de estudo: os brancos estão alocados sumariamente nas áreas centrais e mais urbanizadas, assegurados por infraestruturas e serviços básicos, sendo então atores detentores da assistência aos menos favorecidos. Os centros espíritas mais tradicionais da cidade são espaços sociais frequentados por um público branco que reside no mesmo setor censitário ou nos arredores. Já nos limites da cidade e nas regiões metropolitanas, os residentes brancos são numerosos pela colonização e ocupação de imigrantes europeus. Especificamente em São José dos Pinhais, Campina Grande do Sul, Piraquara, Araucária e Fazenda Rio Grande há a presença consolidada de centros espíritas federados que estão alocados em espaços de população majoritária branca.

---

<sup>54</sup> “Denominação também utilizada pelos órgãos públicos, tornou-se Zona Especial de Interesse Social (ZEIS) por meio da Lei Municipal 12.450/ 2007. Esse instrumento, previsto no Estatuto da Cidade e voltado para áreas ocupadas por população de baixa renda, será um facilitador para a regularização fundiária da Vila Parolin” (SOUZA, 2016, p. 178).



FIGURA 28 – AU-RMC – POPULAÇÃO DE PARDOS E CENTROS ESPÍRITAS.



Predominância nas regiões limítrofes da capital, porções Leste e Sul. Relação heterogênea com os centros espíritas NÃO federados.

**Relação população parda, amarela e indígena com centros espíritas:** Para a população residente parda (FIGURA 28) e indígena verifica-se a mesma forma de ocupação do território, em áreas mais periféricas e distas dos centros, tanto da capital, quanto dos municípios metropolitanos. Estão alocados, em maioria, distantes dos centros espíritas, mas, quando próximos, são dos centros não federados e/ou disfarçados. A população parda parece seguir a mesma lógica de ocupação do território que a população preta, estão na periferia sociológica do Bolsão Parolin, e nas partes Sul-Leste e Oeste da capital.

A população indígena (FIGURA 29) está alocada, em maioria, nas áreas mais periféricas e de características rurais - no extremo Sul de Curitiba e na área rural de Piraquara. Tal configuração também se apresenta para os amarelos de imigração recente, enquanto os grupos que chegaram a mais tempo localizam-se nas áreas centrais, mais elitizadas.

Os indígenas formam uma periferia sociológica no bairro Novo Mundo, em uma região chamada “Formosa”, próxima de um centro espírita federado e tradicional que lhes presta assistência, e no bairro Umbará que não tem proximidade com os centros espíritas federados e/ou não federados.

FIGURA 29 – AU-RMC – POPULAÇÃO DE AMARELOS, INDÍGENAS E CENTROS ESPÍRITAS.

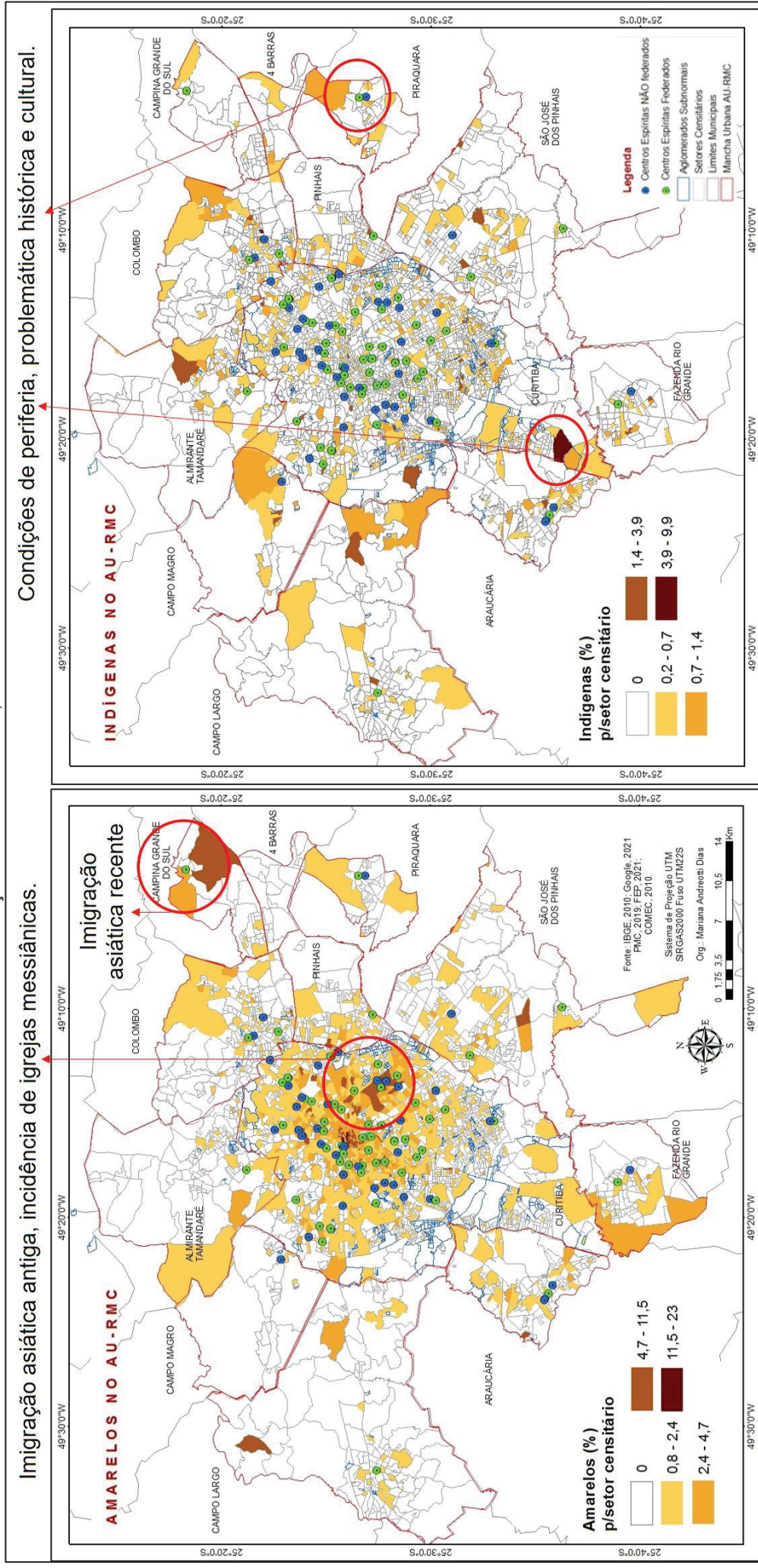
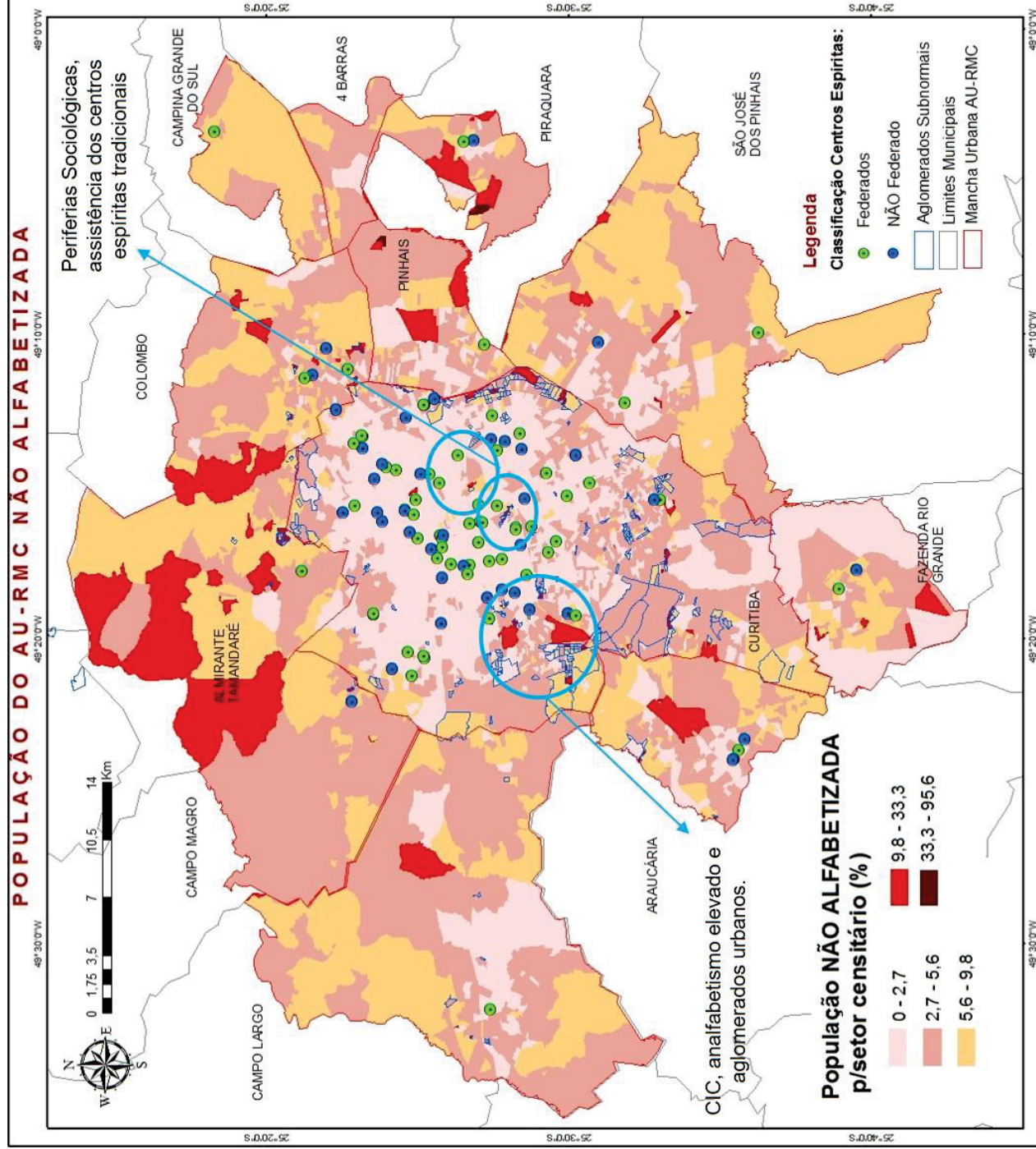




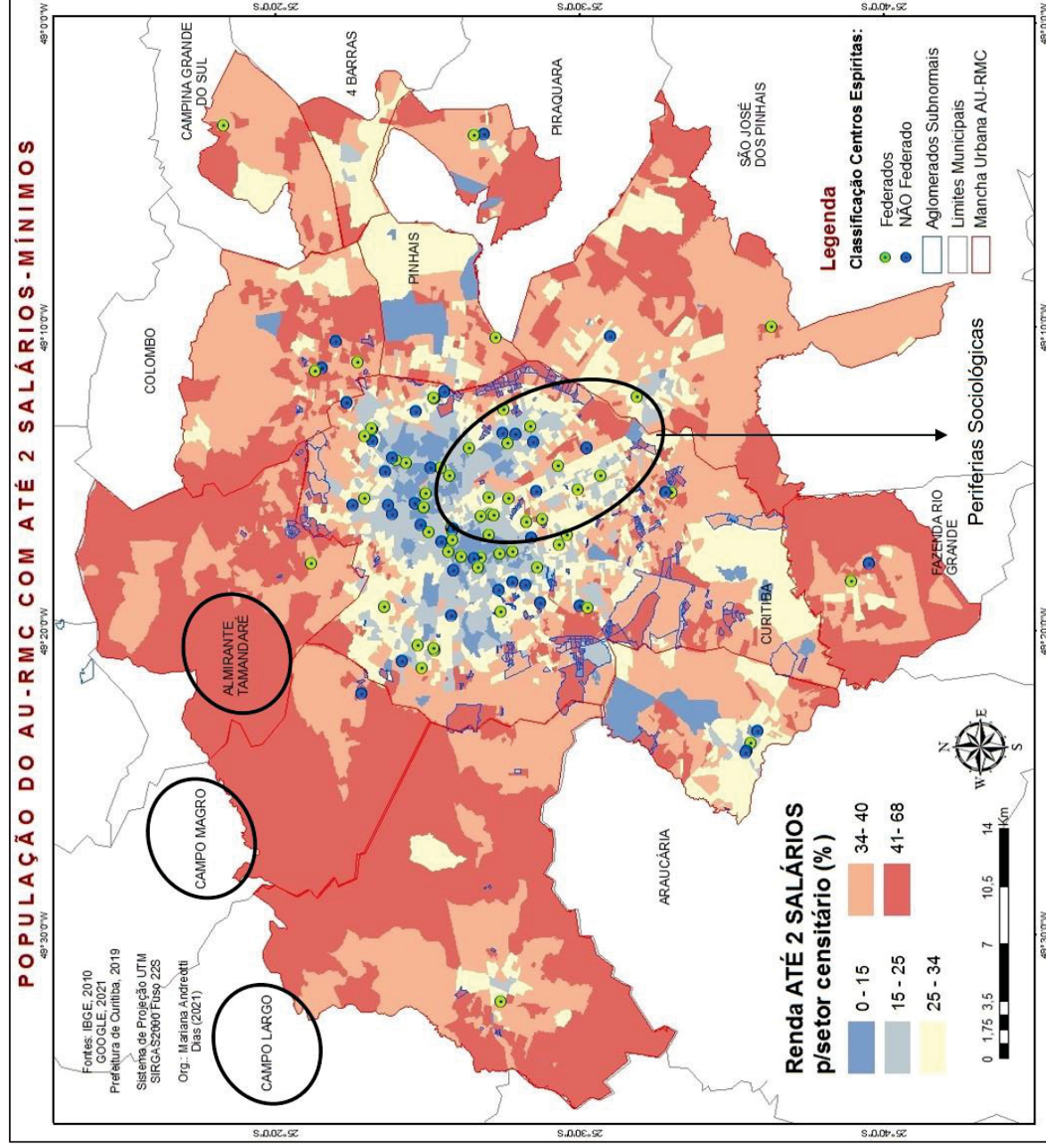
FIGURA 30 - AU-RMC - ANALFABETISMO E CENTROS ESPÍRITAS.



A próxima variável espacializada refere-se à **não alfabetização** (FIGURA 30). A variável levou em conta as pessoas com até 5 anos não alfabetizadas, respeitando as métricas do IBGE. Pela espacialização é possível averiguar que alguns setores censitários dos municípios de Almirante Tamandaré, Pirajuara e Pinhais possuem os maiores percentuais de analfabetismo e não contam com centros espíritas. Os centros espíritas dos municípios metropolitanos, na maioria, estão alocados em setores com índices baixo e médio para o analfabetismo. Em relação à capital, os setores censitários que apresentam índices elevados não possuem centros espíritas alocados, apenas maior proximidade com centros espíritas não federados nas áreas limítrofes à capital.

Dentro da capital, o bairro Cidade Industrial de Curitiba (CIC) abriga dois setores com elevados índices de analfabetismo, pertencentes também à população que vive nos aglomerados subnormais e próxima deles. Nas áreas centrais, os índices chegam, no máximo

FIGURA 31 – AU-RMC - RENDA E CENTROS ESPÍRITAS



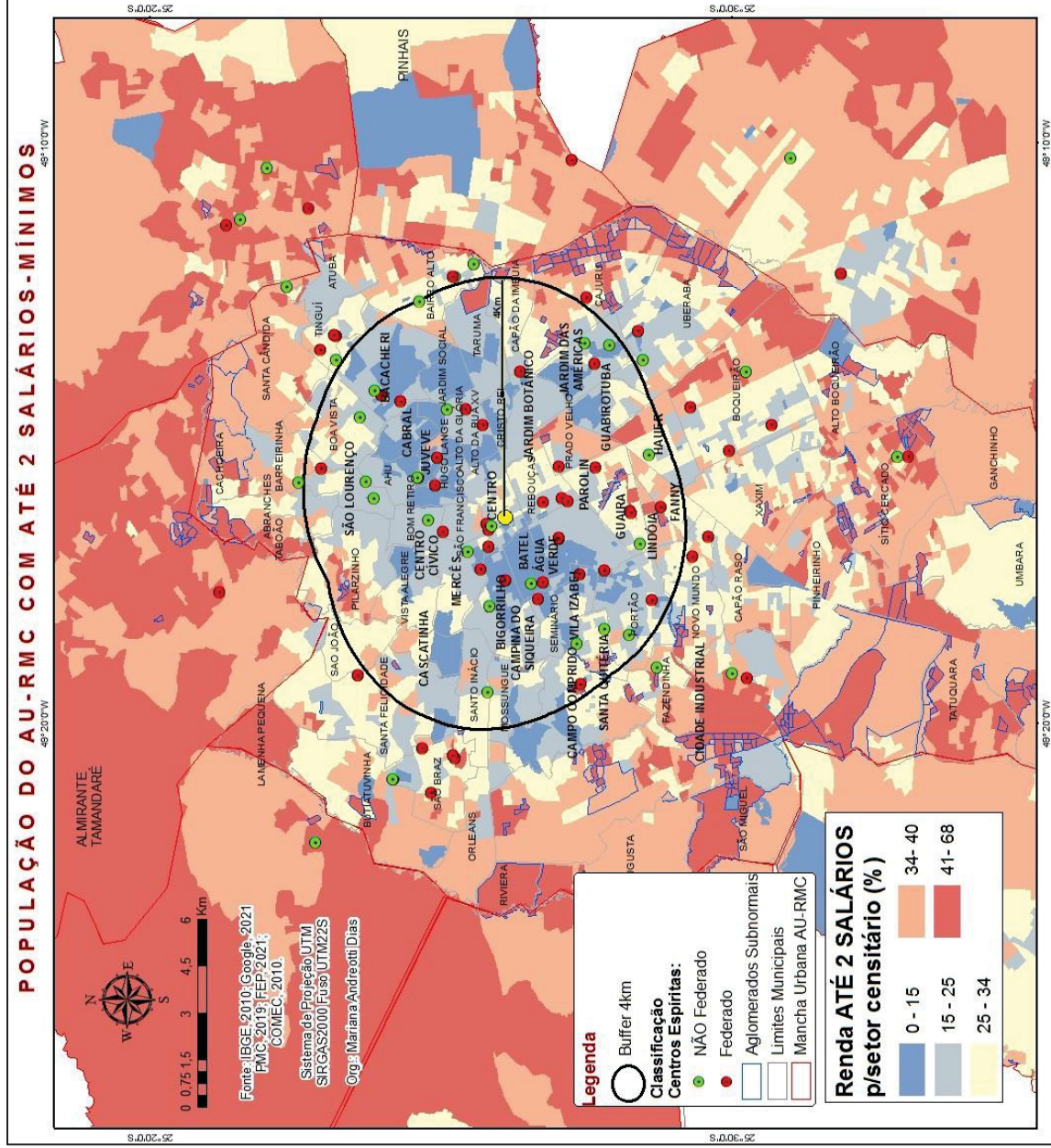
ao baixo, com 2,7% de analfabetismo, mas há a presença de índices médios a elevados na região próxima ao bairro São Francisco, especificamente, a Vila Fanny, que não aloca centros espíritas.

A variável **renda** (FIGURA 31) espacializada é composta pela soma das métricas - até  $\frac{1}{2}$  salário-mínimo; de  $\frac{1}{2}$  a 1 salário-mínimo e de 1 a 2 salários-mínimos - fechando na renda total de até 2 salários-mínimos. A escolha priorizou identificar a condição de pobreza que é latente nesses três níveis de renda, mas, como sabido, não é o único fator determinante.

Os baixos rendimentos acompanham, em muitos setores censitários e municípios, os percentuais de pessoas não alfabetizadas. Com relação estreita verificam-se condições precárias para a maioria dos residentes nos municípios metropolitanos e, sobretudo, em extensas áreas de Almirante Tamandaré, Campo Largo e Campo Magro, atingindo de 41% a 68% da população. A relação desses setores precarizados com os centros espíritas



FIGURA 32 - AU-RMC - CENTRALIDADE E APROPRIAÇÃO DO ESPAÇO GEOGRÁFICO PELOS CENTROS ESPÍRITAS



não se mostra diferente das demais variáveis apresentadas: os centros não federados e/ou disfarçados estão presentes em setores com elevados percentuais de baixa renda e com maioria preta; os centros espíritas federados estão em maioria, nos setores onde a população que possui a renda baixa é de 0 a 15%.

Para a região central de Curitiba, uma escala menor, de detalhe, foi aplicada e a concentração dos centros espíritas, ao todo 52, se dá em um raio de 4 km (FIGURA 32). Dentro desse raio também está a periferia sociológica formada pelos bairros Parolin, Prado Velho, Guaíra e Lindóia, com aglomerados subnormais, e Boqueirão, Hauer, Fanny, com os índices mais altos para rendimentos até 2 salários-mínimos.

A existência de uma apropriação dos espaços mais caros e nobres pelos centros espíritas federados sugere a segregação espacial para determinadas espiritualidades e religiões menos brancas e não europeias.

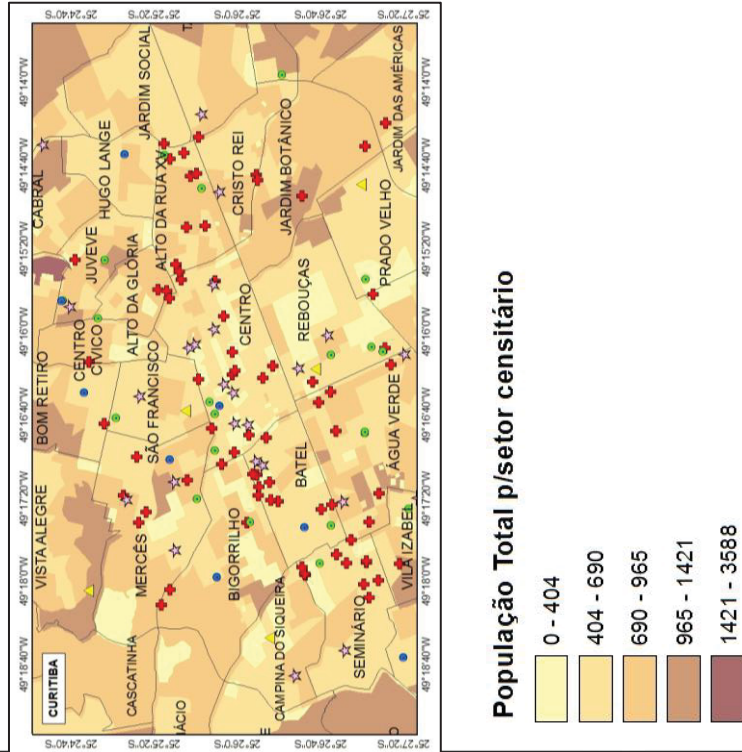
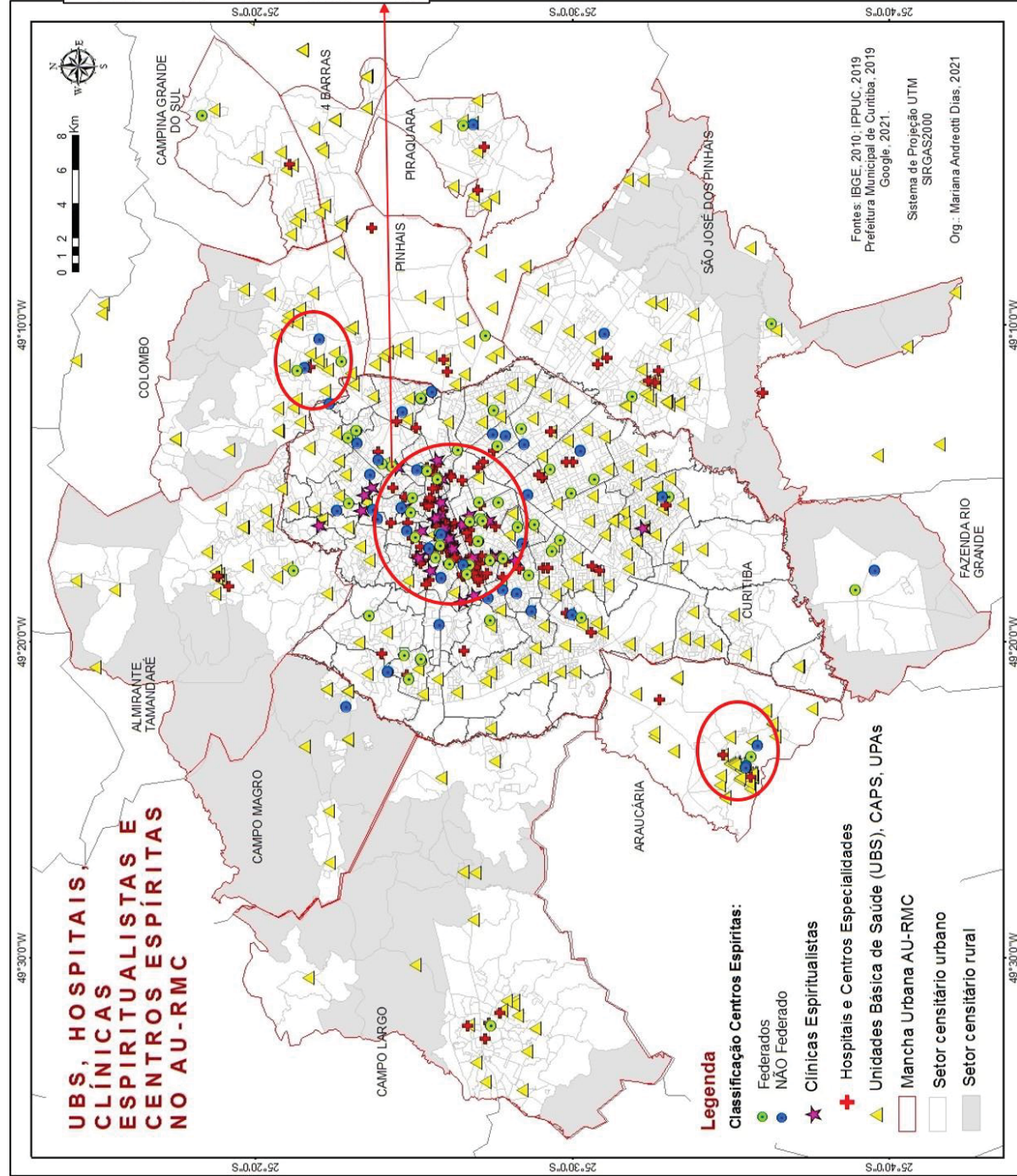
De posse de todas as considerações fornecidas pelas variáveis do IBGE, os **serviços e equipamentos de saúde** (FIGURA 33) fecharão a primeira parte da análise socioespacial na área de estudo. Compõem o mapeamento: as localizações dos hospitais, unidades básicas de saúde (UBS), centros de especialidades médicas, Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), Unidades de Pronto-Atendimento (UPAs) e as Clínicas Espiritualistas particulares. Com auxílio da cartografia, é possível aferir que a oferta dos equipamentos e serviços de saúde é ampla nas áreas urbanizadas, mas não segue a lógica das maiores densidades populacionais, pois a maioria desses serviços está no centro da cidade e arredores com baixa-média concentração populacional (0-690 pessoas p/setor).

Os hospitais estão alocados nos centros dos municípios, reservando para a capital de Curitiba a grande e qualificada oferta, concentrando procedimentos e tratamentos inexistentes nos hospitais metropolitanos. O cenário das unidades básicas de saúde (UBS) é diferenciado, já que elas acompanham os assentamentos populacionais e estão presentes tanto em áreas mais urbanizadas quanto em áreas rurais.

A escala aproximada para o centro da cidade de Curitiba possibilita apurar uma íntima relação dos equipamentos e serviços de saúde com os centros espíritas. A história e fundação dos centros espíritas indica que as alocações dessas casas sempre foram privilegiadas. Os centros espíritas se concentraram nas áreas centrais, de histórico domínio de pessoas influentes, desde a primeira década dos anos 1900.



FIGURA 33 – AU-RMC – SERVIÇOS E EQUIPAMENTOS DE SAÚDE E A RELAÇÃO DA ESPIRITUALIDADE TERAPÊUTICA NOS CENTROS ESPÍRITAS.

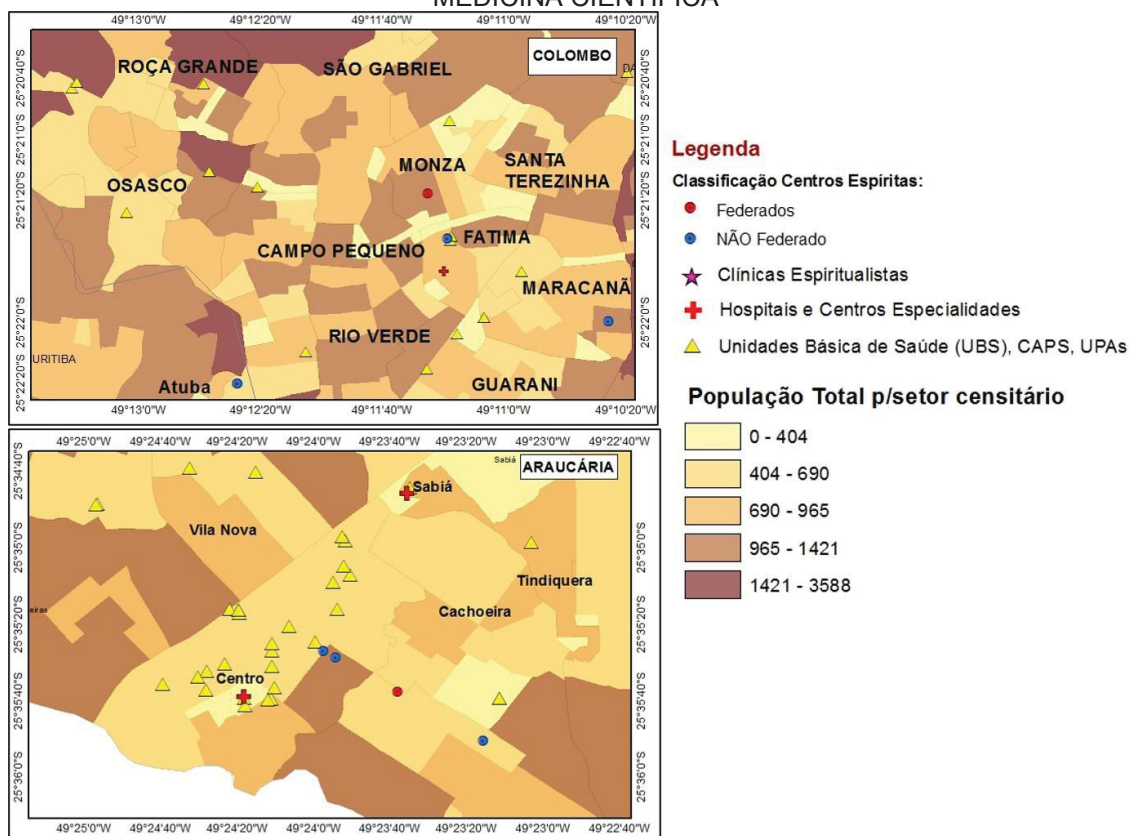




As famílias espíritas desde a formação da cidade, que se deu a partir do centro, acompanhavam as dinâmicas territoriais e, conforme as primeiras aglomerações começaram a ocupar os mesmos espaços, elas se espraíram para as áreas do entorno, onde hoje perpetuam os centros espíritas mais tradicionais – Batel, Bigorrilho, Água Verde, Mercês e, por fim, Rebouças, de tradição industrial. Essa espacialidade é a expressão mais pura do conceito de lugar, carregada de sentimentos espaciais, de experiências cotidianas e simbólicas e apropriação territorial. Existem, assim, seletividade e heterogenia espaciais.

Pode-se, dessa forma, confirmar que a relação espacial dos equipamentos e serviços de saúde com os centros espíritas é próxima. Nas regiões metropolitanas eles estão junto às UBS e/ou hospitais, com raios de menos de 1 km de distância, como exemplo (FIGURA 34). Disposição essa que também confirma a existência e proximidade das duas medicinas e/ou terapêuticas, seja pela busca do tratamento do corpo físico ou do corpo espiritual e moral.

FIGURA 34 – A RELAÇÃO ESPACIAL DA ESPIRITUALIDADE TERAPÊUTICA COM A MEDICINA CIENTÍFICA



FONTE e Org.: DIAS, M.A. (2021).

Como já mencionado, no Brasil o espiritismo se instalou como religião (operando sobre a moralidade enferma) e como terapêutica para os vários corpos do ser humano, fornecendo significados para as doenças e conforto para os doentes. Apesar disso, apenas é possível fazer uma suposição acerca de uma harmonia entre a medicina científica moderna (representada pelas UBS e/ou hospitais) e a terapêutica espírita, já que os centros espíritas estão alocados nesses espaços há muito tempo, antes mesmo da instalação dos serviços de saúde.

Com vistas a garantir um mercado promissor para as práticas alternativas e complementares à saúde, as clínicas espiritualistas particulares definem seus endereços na área de estudo. No centro de Curitiba, detalhado acima, há ao menos sete clínicas especializadas nos tratamentos alternativos e, nas proximidades, o mesmo acontece, como no bairro nobre do Batel. A espiritualidade nessas clínicas diferencia-se, em certa medida, da dos centros espíritas, porque é a do mercado que, da mesma forma que nos *ashrams* dos EUA, vende e visa suprir as necessidades de bem-estar das classes mais altas, devido aos custos elevados dos tratamentos.

A correlação de todos os elementos citados com os centros espíritas sugere a existência de fronteiras que separam, mas também aproximam, duas medicinas/terapêuticas, a alternativa-espiritual e a moderna-científica. Pela longa tradição dos centros espíritas na região central de Curitiba, pressupõe-se uma convivência harmônica com os serviços de saúde e nenhum dos dois parece interferir na expertise do outro. São dois serviços que se complementam e auxiliam os enfermos, cada qual com suas façanhas, na compreensão das enfermidades, na passagem da vida, e da chegada da morte.

Os centros espíritas são parte da seguinte percepção: vistos como lugares de bem-estar à alma, alimentada pela assistência aos mais pobres - os vizinhos mais vulneráveis no caso do Bolsão do Parolin -, constituídos como meios sociais que ditam estilos de vida, nos quais o indivíduo (eu-íntimo) adepto se transforma em pessoa (eu-social) ao adquirir um papel nesse meio. Nesses lugares, a vida-saúde e a morte-doença são significadas e racionalizadas de forma a gerarem: a “vontade de saúde” (ZWEIG, 1956, p. 54) – autocura despertada nos enfermos e argumento marcante nos centros espíritas -; e a “entropia negativa” – “[...] tendência da vida para caminhar em direção à ordem,

à conservação, ao equilíbrio e, portanto, à saúde” (SCHRÖDINGER, 1997; CHIESA, 2016, p. 37). Lá se determina que “a doença é um convite à atenção” para os desequilíbrios dos múltiplos corpos afetados pela ausência de moralidade.

Já os hospitais são as instituições sagradas, para a ciência e modernidade, e detêm as expertises para as dores da carne, estando então distantes das percepções vivenciadas pelos seus vizinhos espíritas, mas no cotidiano das práticas médicas não conseguem se desvencilhar e não vivenciar a morte e o fim do corpo, destinando então algumas lacunas não tratadas e a serem tratadas, pelos próprios pacientes.

A localização central dos centros espíritas nas cidades e a proximidade dos recursos e infraestruturas de saúde indicam ainda a pertença do espiritismo ao seletivo grupo do espaço Centro-Moderno-Visível, com entrada e permanência desde a gênese da cidade de Curitiba.

O cenário dos centros espíritas que usam o nome como disfarce é outro e se mostra oposto. Vagarosamente, alguns poucos começam a se aproximar das territorialidades dos centros espíritas federados, seja com o uso do nome “espírita”, seja com a alocação nos bairros limítrofes, mas eles estão subalternizados e estigmatizados na lógica da Periferia-Tradição-Invisível, perpetuados assim pela intolerância, preconceito e não aceitação de parte da sociedade. São lugares carregados da cultura, simbologia e cosmologias de povos negros, indígenas e minorias menosprezadas e ainda malquistas nas sociedades brancas de elite.

De forma a melhor detalhar as configurações e especificidades, dois centros espíritas foram estudados em profundidade, sendo um federado, e um não federado à FEP. Os escolhidos para a análise *in loco* foram: Centro Espírita Ildefonso Correia (federado) localizado no bairro do Batel e a Sociedade Brasileira de Estudos Espíritas (não federado) localizado no bairro Tingui. Os dois centros foram selecionados de forma aleatória. Em princípio, seriam parte de um grupo maior de centros espíritas visitados, contudo, por conta dos entraves do ano de 2020 e a pandemia do coronavírus, as conversas não foram adquiridas, restando apenas os dois centros espíritas, previamente visitados.

Para tal, a metodologia tem a função de subsidiar as conversas com os atores sociais (representantes) dos centros espíritas visitados. Considera-se que

“O discurso nada mais é que um jogo de escritura, de leitura e de troca. Analisar o jogo é destituir o discurso de seu caráter de acontecimentos e suspender a soberania do significado” (FOUCAULT, 1970, p. 63). Com tais assimilações, uma estrutura crítica e genealógica foi organizada de forma a orientar as conversas com os atores sociais, por meio de 3 métodos:

**1. Análise do Discurso:**

Com três perguntas centrais/disparadoras:

- Como se dá a relação entre as práticas alternativas do centro e as práticas da medicina científica?
- Quais as práticas alternativas ofertadas?
- Quem são os sujeitos e quais são as enfermidades?

**2. Análise do Contexto:**

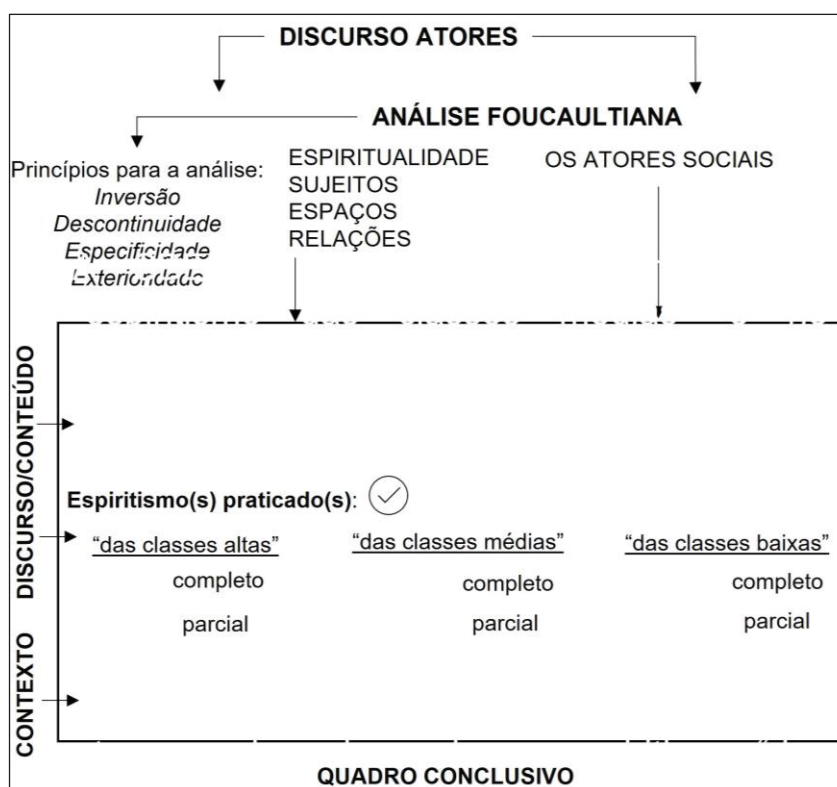
- Tipos de Espiritismo/Espiritualidade, conforme Bastide (1967) e Giumbelli (1997);
- Dinâmica do espaço geográfico;
- Atores Sociais.

**3. Análise do Conteúdo:**

- Transcrição das falas;
- Análise dos sujeitos, espaços e relações.

O QUADRO 6 organiza e ilustra as respostas dos atores sociais às questões norteadoras das entrevistas participativas.

QUADRO 6 - QUADRO SÍNTESE PARA OS RESULTADOS E ANÁLISES.



Org.: DIAS, M.A. (2021).

## 4.2 Sociedade Brasileira de Estudos Espíritas (Região Norte do AU-RMC)

A Sociedade Brasileira de Estudos Espíritas - SBEE (FIGURA 35) está localizada no bairro Tingui, região Norte de Curitiba.

FIGURA 35 – LOCALIZAÇÃO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE ESTUDOS ESPÍRITAS - SBEE



FONTE: SBEE e Google Street View (fotos). Org.: DIAS, M.A. (2019).

O contexto socioespacial do centro espírita é evidenciado com o detalhamento das variáveis do IBGE (população total, cor, renda, alfabetização) (FIGURA 36).

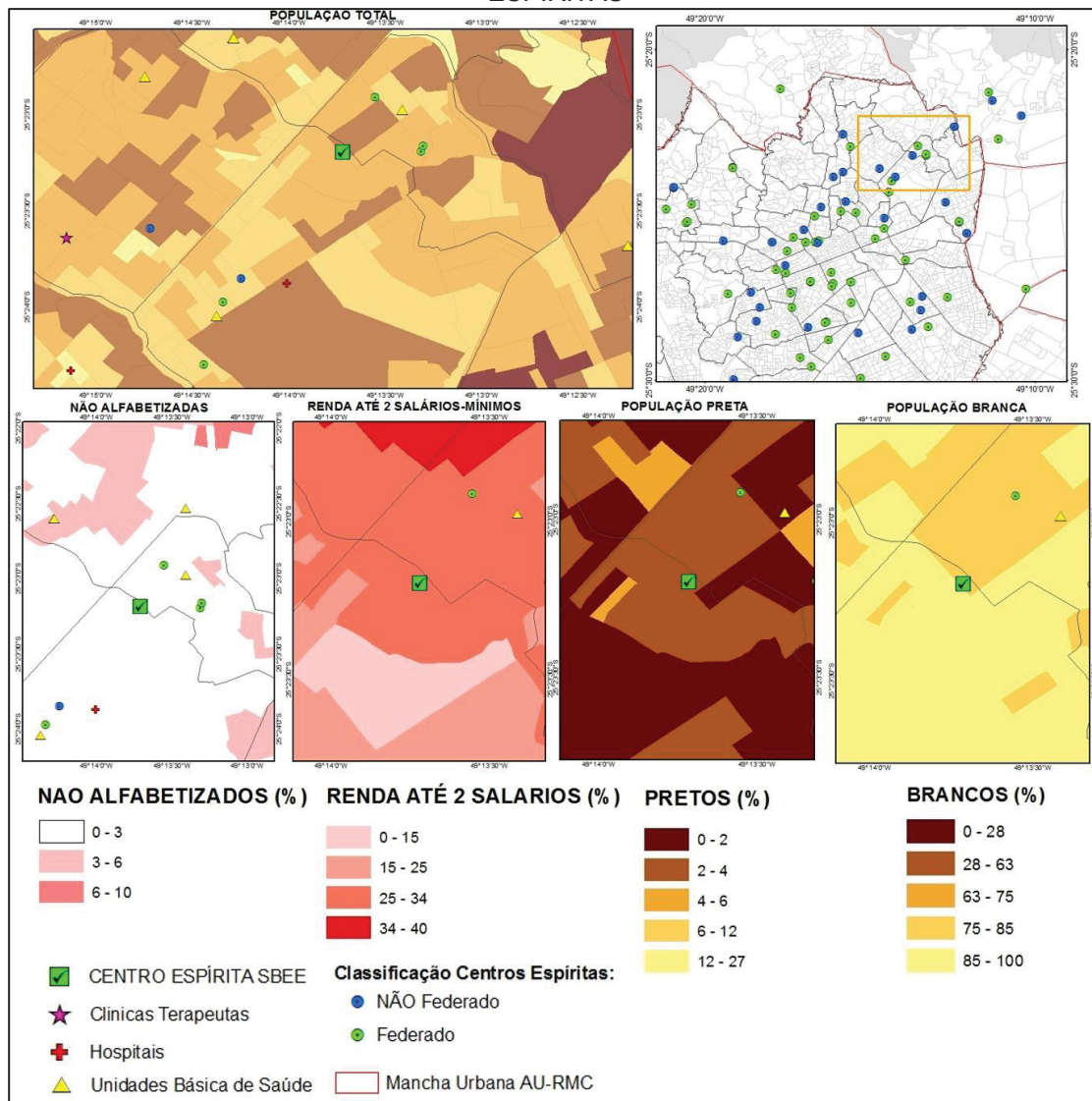
A população total residente no entorno do SBEE compreende a faixa média de densidade (690-965 pessoas residentes) e nos setores limítrofes atinge a faixa elevada densidade (1400 a 3588 pessoas residentes). A população é majoritariamente branca (85%) e os pretos correspondem a cerca de 4%. A população que recebe até 2 salários-mínimos, situação de pobreza, concentra-se na margem de 25% a 34% no setor censitário do centro espírita, e nos setores limítrofes essa margem chega até 40%. Apenas 3% da população residente no setor censitário da SBEE não é alfabetizada, contudo, nas proximidades, essa margem cresce para até 10%.

No entorno há também unidades básicas de saúde (UBS), sendo uma no mesmo setor censitário e três nos setores vizinhos, uma UPA/Pronto-Socorro e uma clínica espiritualista particular, considerando então que população residente no mesmo setor e no entorno do SBEE conta com ampla oferta de



serviços variados e qualificados de saúde. A SBEE está localizada em área de baixa vulnerabilidade socioeconômica, mas próxima de setores mais vulneráveis socioeconomicamente.

FIGURA 36 - CONTEXTO SOCIOESPACIAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE ESTUDOS ESPÍRITAS



FONTE e Org.: DIAS, M.A. (2021).

O centro espírita Sociedade Brasileira de Estudos Espíritos conta com uma ampla infraestrutura (TABELA 13) e recebe cerca de 180 pessoas por semana, para atendimento especializado, e cerca de 200 pessoas para palestras. Seu início se deu em 1953, tendo o médium Maury da Cruz como fundador.

Os atendimentos à saúde se dão no período noturno (segundas, quartas e quintas) de acordo com as senhas distribuídas no período da manhã. Para as senhas, uma fila enorme se forma na rua da casa, onde, com a abertura dos

portões, uma seleção acontece, de forma a garantir as prioridades. Assim, ao anoitecer, o público retorna para de fato receber o atendimento e conduta de tratamento. Para a ambientação do público, antes do início da palestra, passe e atendimento direcionado, apresenta-se um recital de música clássica, todos devem permanecer em silêncio e com os olhos fechados<sup>55</sup>.

O percurso para o tratamento (noturno): primeiro se forma a fila, conforme a numeração da senha; após, pequenos grupos são direcionados às salas de passes e cromoterapia; após, distribuem-se copos de água fluidificada; a seguir, uma nova fila se forma para a conversa com o médium, que está incorporado com o espírito dirigente da casa, no caso, o médico já desencarnado<sup>56</sup> Leocádio Correa. Cada consulente é questionado sobre o motivo da visita e a enfermidade diagnosticada pelos médicos “da terra”.

TABELA 13 - DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES SOBRE A TERAPÊUTICA ESPÍRITA

<b>CENTRO ESPÍRITA</b>	<b>Sociedade Brasileira de Estudos Espíritas - SBEE</b>
<b>Federado à FEP, FEB?</b>	Não
<b>Endereço</b>	Rua 29 de Junho, nº 504 - Vila Tinguí
<b>Data</b>	10/08/2019
<b>Horário</b>	15hrs
<b>Período da conversa</b>	2 horas
<b>Responsável</b>	-----
<b>Ano de Fundação</b>	1953
<b>Organização da casa</b>	2ª, 4ª, 5ª e Sábados. Retirada de senhas as 7hrs da manhã (2ª e 4ª). Início da datilografia das fichas: 07h30min.
<b>Nº de atendimentos</b>	180 pessoas por semana (consultas) e 200 pessoas nas palestras.
<b>Enfermidades Principais</b>	Neoplasias, Diabetes, Pneumonia, Hipertensões, Cardiovasculares, Depressão, Falta de emprego, Divórcio, Conflitos Familiares, Relacionamentos.

FONTE: SBEE. Org.: DIAS, M.A. (2019 e 2021).

Uma receita é prescrita e o consulente direcionado às salas (FIGURA 37) de decodificação. Lá um grupo de voluntários lê a escrita do médium/espírito e datilografa. Em seguida, a receita é direcionada para a farmácia do centro espírita. Na farmácia são fornecidas as orientações e os medicamentos que

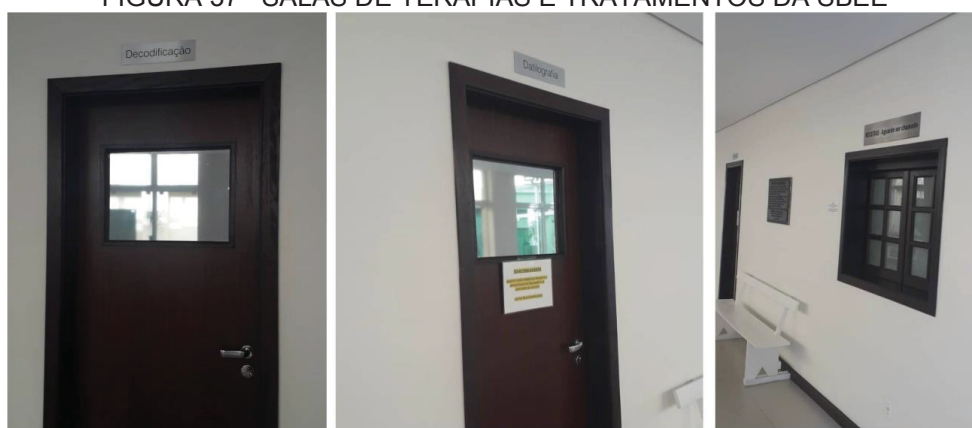
<sup>55</sup> Em uma dessas visitas às sessões de passes e vivência das leituras e recitais, fui interpelada a fechar os olhos e mesmo indicando que não me sentia à vontade, a insistência para fazê-lo foi desconcertante.

<sup>56</sup> Usa-se desencarne no espiritismo, refere-se a espíritos que não estão mais “presos” à carne humana/corpo. Pessoas que já faleceram.

devem ser adquiridos, em suma, são práticas e uso de homeoterápicos e cromoterapias.

Para os casos mais graves, são fornecidos algodões imantados por energias, assim, o consulente leva-o para casa e deve posicioná-lo sobre o local do corpo que necessita de cura. A orientação também contém: repouso em horários pré-estabelecidos (espíritos farão visitas às casas dos enfermos nesses horários), prece, cromoterapia (várias vezes ao dia e com cores de luzes diferentes), água fluidificada, dieta com a inserção de vegetais e legumes verdes e a eliminação de determinados alimentos (açúcar e arroz), entre outras indicações. Tais direções para o tratamento dependem de cada enfermidade.

FIGURA 37 –SALAS DE TERAPIAS E TRATAMENTOS DA SBEE



FONTE e ORG.: A autora (2019). Salas de Decodificação (esquerda); Datilografia (Meio); Farmácia (direita).

Além das informações supracitadas, em uma visita, a Sociedade Brasileira de Estudos Espíritas disponibilizou um representante para a conversa e o refinamento desta se deu pela interlocução das três perguntas (TABELA 14) e as seguintes informações:

TABELA 14 – RESPOSTAS PARA ANÁLISE DO DISCURSO - SBEE

---

**1. Como se dá a relação entre as práticas alternativas do centro e as práticas da medicina científica?**

---

*Refere-se à existência de um mosaico terapêutico, conforme o contexto da pessoa que solicita auxílio. A transdisciplinaridade acomete a vida e é complexa a forma de lidar com elas, não é linear.*

---

**2. Quais as práticas alternativas ofertadas?**

---

*Passes (expedição de partículas magnéticas), substâncias homeopáticas, prece (instrumento de cura), água fluidificada (individualizada), algodão energizado, sugestão de alimentação fotovoltáica e a própria Doutrina.*

---

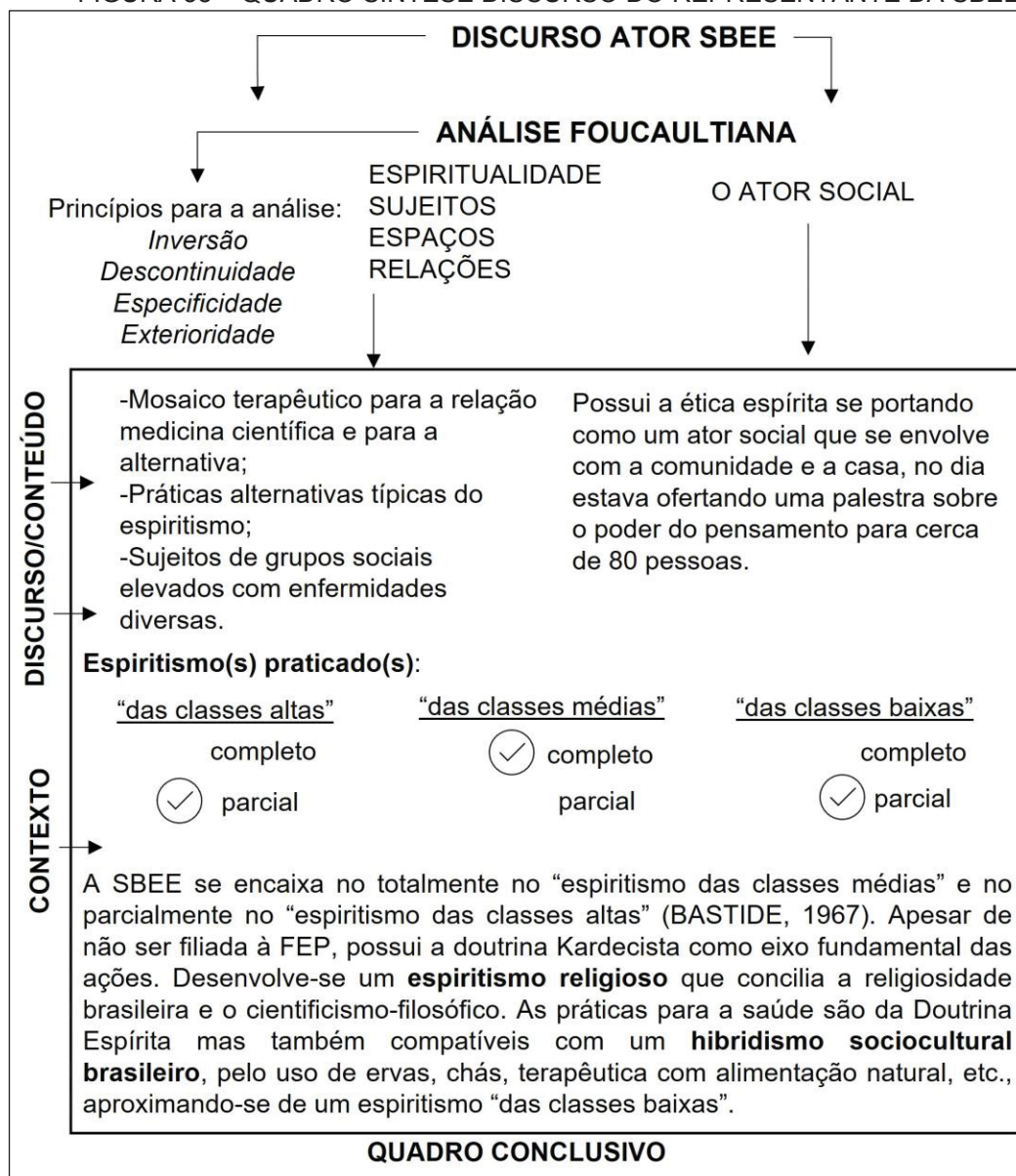
### 3. Quem são os sujeitos e quais são as enfermidades?

*São sujeitos de todos os grupos sociais, entretanto, na região em que estamos, existe a predominância de grupos/classes sociais média e alta. Eles buscam o centro por diversos motivos: curiosidade, aconselhamento sobre empregos em outra cidade, pedidos de casamento (aceitar ou não), doenças terminais, demências, depressões, câncer, tabagismo, AVCs, são muitas as causas. Os atendimentos não seguem uma norma específica.*

FONTE: informações relatadas na conversa em 10/08/2019. Org.: A autora (2019)

Outros enunciados são expostos, conforme a transcrição da conversa no apêndice 4. De posse das configurações que o espaço geográfico apresenta, do diálogo e da perspectiva em que o ator social se encontra, é possível considerar o seguinte (FIGURA 38) cenário conclusivo:

FIGURA 38 – QUADRO SÍNTESE DISCURSO DO REPRESENTANTE DA SBEE



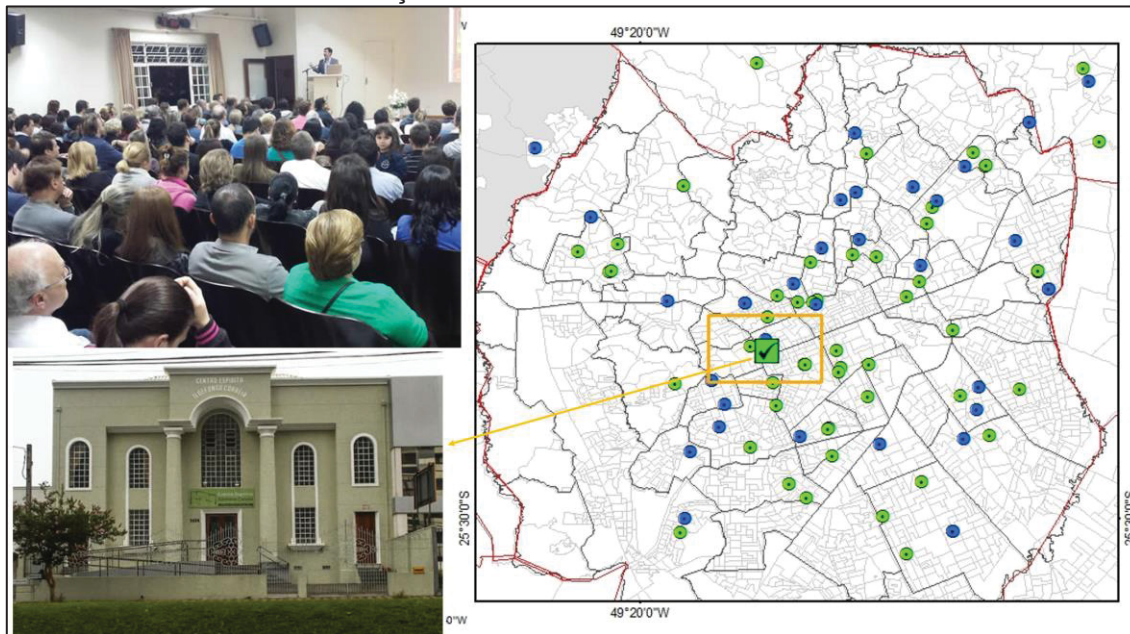
Org.: DIAS, M.A. (2019 e 2021)



### 4.3 Centro Espírita Ildefonso Correia (Região Central do AU-RMC)

O Centro Espírita Ildefonso Correia (CEIC) (FIGURA 39) está localizado em área nobre de Curitiba, no bairro Batel, região central de Curitiba.

FIGURA 39 - LOCALIZAÇÃO DO CENTRO ESPÍRITA ILDEFONSO CORREIA



FONTE: CEIC (fotos) e Org.: DIAS, M.A. (2021).

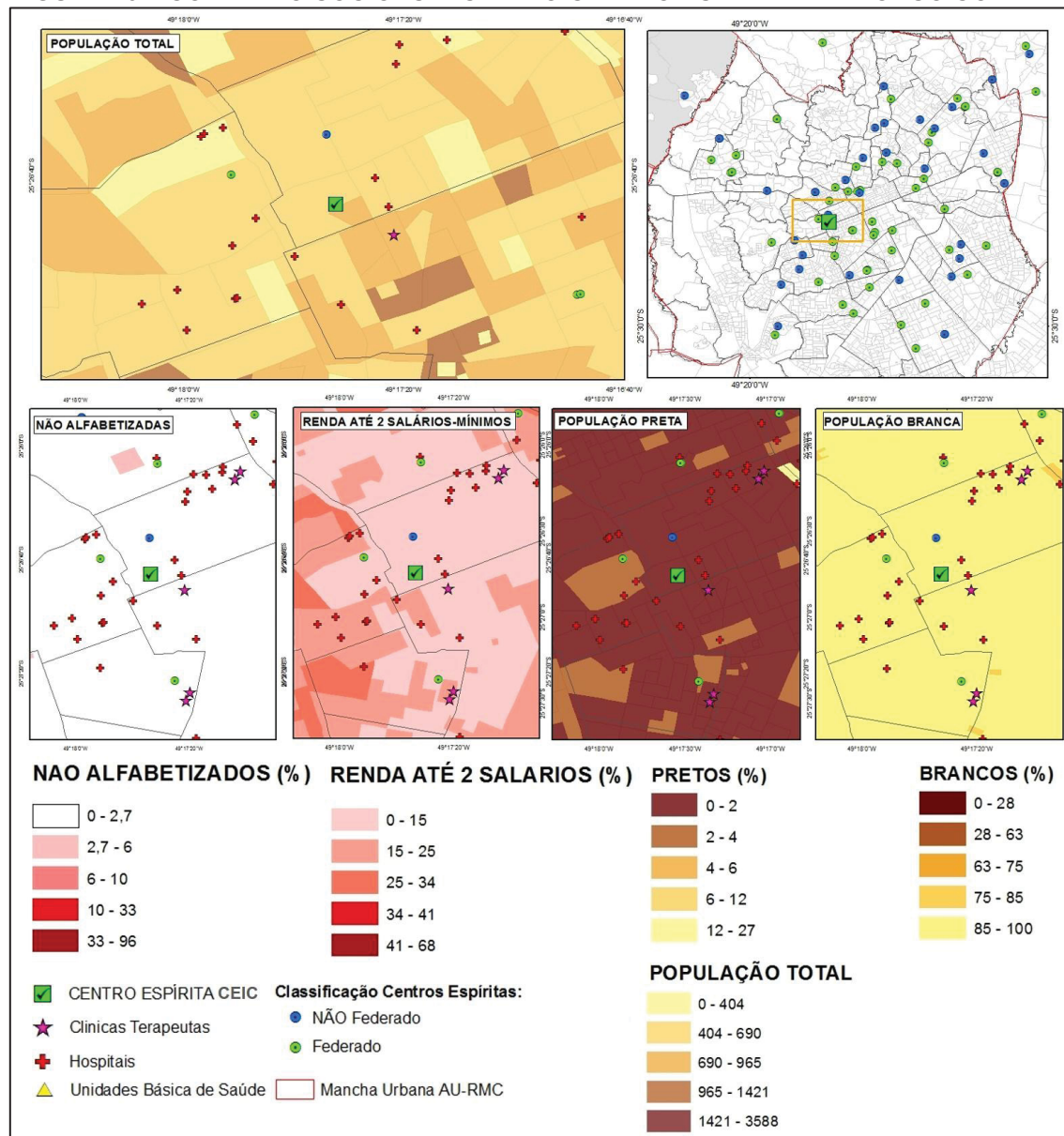
O contexto socioespacial do centro é evidenciado com o detalhamento das variáveis do IBGE (população total, cor, renda, alfabetização) (FIGURA 40). A população total do setor censitário do CEIC aloca-se nas faixas de baixa-média densidade (de 0-440 a 690-965 pessoas) e, nos setores limítrofes, atinge a faixa de média densidade (de 965 a 1421 pessoas residentes). A população é majoritariamente branca (85%-100%) e os pretos, presentes no entorno, correspondem a cerca de 2%. A população que recebe até 2 salários-mínimos, situação de pobreza, concentra-se nas margens de 0% a 15% no setor censitário do centro espírita, e nos setores limítrofes essa margem chega até 34%. No máximo 2,7% da população residente no setor censitário do CEIC não é alfabetizada, mas nas proximidades essa margem cresce para até 6%.

Nas proximidades ao CEIC, há a presença de outros centros espíritas, federados e de longa tradição. Os serviços e equipamentos de saúde são variados e com ampla oferta, sobretudo de hospitais (aprox. 27), clínicas especializadas e espiritualistas particulares (5). Não há unidades básicas de saúde (UBS). Apesar disso, considera-se que população residente no mesmo



setor e no entorno do CEIC conta com ampla oferta de serviços variados e qualificados de saúde. Assim, o CEIC está localizado em área de baixa vulnerabilidade socioeconômica, até mesmo nos setores vizinhos.

FIGURA 40 – CONTEXTO SOCIOESPACIAL DO CENTRO ESPÍRITA ILDEFONSO CORREIA



FONTE e Org.: DIAS, M.A. (2021).

O patrono espiritual da casa é o Barão de Serro Azul - Ildefonso Pereira Correia, parnanguara nascido em 1845, político, fundador da Associação Comercial do Paraná, empresário e maior exportador de erva-mate do Paraná. Seu nome foi atribuído à casa *post mortem*, em mensagem psicografada pelo médium Divaldo Pereira Franco, em Salvador (BA), o que fez a casa sair da direção espiritual de Leocádio José Correia e passar para Ildefonso Correia.

O início do centro espírita se deu com a primeira reunião em 1936, na qual estavam presentes alguns estudiosos da doutrina como Elizeu Amadeu dos Santos, Maria da Glória Santos, João Apolinário e Luiza Apolinário. Pela longa tradição e presença histórica, pode-se considerar que o CEIC, junto a outros quatro centros espíritas da região, faz parte de um aglomerado tradicional espírita em Curitiba.

É um centro espírita federado à Federação Espírita do Paraná e conta com ampla infraestrutura (TABELA 15), recebendo semanalmente cerca de 700 pessoas para atendimento especializado (fluidoterapia, irradiações), cerca de 285 pessoas nas palestras, 500 pessoas nos grupos de estudos e 35 pessoas no atendimento fraterno. Os trabalhadores voluntários que ofertam essas práticas somam-se 250.

TABELA 15 - CEIC DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES SOBRE A TERAPÊUTICA ESPÍRITA

<b>Centro Espírita</b>	<b>Centro Espírita Ildefonso Correia</b>
<b>Federado à FEP, FEB?</b>	Sim
<b>Endereço/Bairro</b>	Batel
<b>Data</b>	17/03/2020
<b>Horário</b>	19 h
<b>Período</b>	cerca de 2horas
<b>Responsável</b>	----
<b>Ano de Fundação</b>	1936
<b>Organização da casa</b>	<p><b>Segundas:</b> 19h15-Grupo do Evangelho no Lar; 19h30-Atendimento Fraterno; 20 h-Estudo da Doutrina Espírita e Passes; 20 h-Palestra Pública e Passes.</p> <p><b>Terças:</b> 19h30-Atendimento Fraterno; 20 h-Estudo da Doutrina Espírita e Passes.</p> <p><b>Quartas:</b> 13h30-Atendimento Fraterno; 14 h-Estudo da Doutrina Espírita e Passes.</p> <p><b>Quintas:</b> Reuniões internas, evangelizações.</p> <p><b>Sextas:</b> 15 h-Explicação do Evangelho à Luz da Doutrina Espírita, Passes e Atendimento Fraterno; 19h30-Atendimento Fraterno; 20 h-Palestra Pública e Passes.</p> <p><b>Sábados:</b> 18h30-Atendimento Fraterno; 19 h-Palestra Pública e Passes.</p> <p><b>Domingos:</b> 9h30-Atendimento Fraterno; 10 h-Estudo da Doutrina Espírita Evangelização Infanto-juvenil e Passes.</p>
<b>N.º de atendimentos</b>	Aprox. 1500 p/semana (palestras, fluidos e fraterno)
<b>Enfermidades Principais</b>	Depressão, Neoplasias, Diabetes, Pneumonia, Hipertensões, Cardiovasculares, Depressão, Falta de emprego, Divórcio, Conflitos Familiares, Relacionamentos.

FONTE: CEIC e Org.: DIAS, M.A. (2021).

O prédio que aloca o centro espírita passou por reformas e ampliação no final do ano 2005 em razão do aumento da procura das atividades e é atualmente mantido por doações espontâneas e contribuições mensais de associados.

O detalhamento das ações realizadas pelo Centro Espírita federado pode ser vislumbrado com o auxílio do censo espírita, instrumento organizado pela FEP e respondido pelo CEIC todos os anos. Os dados de 2019 (FIGURA 41) foram disponibilizados pelo seu representante, já que, por conta da pandemia do coronavírus, as atividades foram adaptadas para o ambiente online e as informações sobre o público participante não foram possíveis para 2020.

FIGURA 41 - CENSO ESPÍRITA CEIC 2019

FORMULÁRIO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES				FEP	
CENSO ESPÍRITA NACIONAL				Federação Espírita do Paraná	
<b>INFORMAÇÕES DO CENTRO ESPÍRITA</b>					
Nome	CENTRO ESPÍRITA ILDEFONSO CORREIA				
Sigla	CEIC				
CNPJ	76.667.377/0001-60				
Data de Fundação	22/09/1936				
Data de Filiação					
Endereço	AVENIDA VISCONDE DE GUARAPUAVA,				
Número	5434				
Complemento	BAIRRO BATEL				
CEP	80240-010				
Cidade	CURITIBA - PR				
Telefone	(41) 3015-2466				
e-mail Institucional	ceic@ceic.org.br				
site	www.ceic.org.br				
<b>PALESTRA PÚBLICA</b>			<b>EVANGELIZAÇÃO JUVENIL - SEMANAL</b>		
QTD SEMANAL	4		QTD. DE GRUPOS DE EVANGELIZAÇÃO JUVENIL	4	
PÚBLICO APROX. SEMANAL	285		QTD DE TRABALHADORES ATUANTES	13	
QTD DE PALESTRANTES SEMANAL	4		QTD. TOTAL APROX. DE ATENDIDOS	52	
<b>GRUPOS DE ESTUDOS</b>			<b>LIVRARIA</b>		
QTD GRUPOS DE ESTUDO INSTALADOS	22		QTD DE TRABALHADORES VOLUNTÁRIOS	28	
QTD DE COORDENADORES	60		QTD DE FUNCIONÁRIOS CONTRATADOS	0	
QTD DE PARTICIPANTES	500		QTD MÉDIA TÍTULOS VENDIDOS ANO	455	
<b>ATENDIMENTO FRATERNAL</b>			<b>BIBLIOTECA</b>		
QTD DE HORÁRIOS SEMANAIS DISPONÍVEIS	9		QTD DE TÍTULOS DISPONÍVEIS	2.696	
QTD DE ATENDENTES SEMANAIS	35		QTD LEITORES CADASTRADOS	675	
QTD DE ATENDIDOS - SEMANAL	25		QTD DE EMPRÉSTIMOS MÊS	85	

PASSOS FLUIDOTERAPIA		COMUNICAÇÃO SOCIAL ESPÍRITA			
QTD DE HORÁRIOS SEMANAIS DISPONÍVEIS	10	PARTICIPA DE REDES SOCIAIS ?			
QTD SEMANAL DE TRABALHADORES ATUANTES	100	FACEBOOK		SIM	
QTD. TOTAL APROX. DE ATENDIDOS	620	INSTAGRAM		SIM	
		TWITTER		NÃO	
IRRADIAÇÕES		OUTROS		Google Meu Negócio	
QTD DE HORÁRIOS SEMANAIS DISPONÍVEIS	2	NÃO POSSUI			
QTD SEMANAL DE TRABALHADORES ATUANTES	17				
QTD. TOTAL APROX. DE ATENDIDOS	Não temos como quantificar	ENDEREÇO SITE:	www.ceic.org.br		
		QTD DE TRABALHADORES ATUANTES	4		
RECEPÇÃO		POSSUI INFORMATIVO	SIM		
QTD SEMANAL DE TRABALHADORES ATUANTES	26	FREQUÊNCIA	MENSAL		
		TIRAGEM DO INFORMATIVO	Enviado por e-mail aos trabalhado		
ASSISTÊNCIA E PROMOÇÃO SOCIAL ESPÍRITA		FORMATO INFORMATIVO			
TIPOS DE ATIVIDADES DESENVOLVIDAS 1	Clube de Mães	DIGITAL	SIM		
FREQUÊNCIA DA ATIVIDADE (SEMANAL)	1	IMPRESSO			
TIPOS DE ATIVIDADES DESENVOLVIDAS 2	Gestantes	POSSUI PROGRAMA DE RÁDIO	NÃO		
FREQUÊNCIA DA ATIVIDADE (SEMANAL)	1	FREQUÊNCIA VEICULAÇÃO			
TIPOS DE ATIVIDADES DESENVOLVIDAS 3	Nutrides	FORMATO			
FREQUÊNCIA DA ATIVIDADE (SEMANAL)	1	WEB RADIO			
TIPOS DE ATIVIDADES DESENVOLVIDAS 4		AM/FM			
FREQUÊNCIA DA ATIVIDADE (SEMANAL)		NÃO POSSUI			
TIPOS DE ATIVIDADES DESENVOLVIDAS 5		QTD DE TRABALHADORES ENVOLVIDOS			
FREQUÊNCIA DA ATIVIDADE (SEMANAL)					
QTD TOTAL DE TRABALHADORES ENVOLVIDOS	57	POSSUI GRUPO DE ARTE (CANTO, CORAL TEATRO?)	CORAL		
QTD. TOTAL APROX. DE ATENDIDOS	51	QTD DE TRABALHADORES ENVOLVIDOS	40		
EVANGELIZAÇÃO INFANTIL - SEMANAL					
QTD. DE GRUPOS DE EVANGELIZAÇÃO INFANTIL	10				
QTD SEMANAL DE TRABALHADORES ATUANTES	32				
QTD. TOTAL APROX. DE ATENDIDOS - PERÍODO	120				

FONTE: CEIC, 2021 (dados de 2019).

As ofertas para a saúde acontecem por meio de passes, estudos da Doutrina e atendimento fraterno nos períodos: matutino (domingo), vespertino (quartas, sextas e domingo) e noturno (segundas a sábados). A casa possui um ritmo elevado de compromissos e ações, especificamente:

As palestras ofertadas no espaço do CEIC focam em temas atuais da sociedade com base nos pressupostos deixados por Allan Kardec e com o intuito de “ofertar consolo, esperança e reflexões sobre a vida e seu viver” (CEIC, 2021, s.p).

O atendimento fraterno consiste no acolhimento, individual, de todos que buscam orientação, ajuda ou compreensão sobre temas diversos, “sem a pretensão de resolver os problemas ou dificuldades, eliminar doenças ou sofrimentos” (CEIC, 2021, s.p). Com a conversa, a orientação se dá por meio de algumas técnicas e ofertas como: leituras edificantes (livretos da FEB, livros de Kardec), preces, e receptividade ao auxílio. Há ainda indicações pelo CEIC de livretos oficiais, organizados pelo movimento “Em defesa da vida” da FEB (FIGURA 42):

FIGURA 42 - INDICAÇÃO DE LEITURAS EDIFICANTES



FONTE: FEB, 2020 e CEIC, 2021.

O atendimento espiritual ofertado no CEIC consiste em um conjunto de atividades desenvolvidas em conformidade com os princípios do Evangelho à luz da Doutrina Espírita, mediante ações fraternas e continuadas. Fazem parte desse complexo, as palestras, os passes, a água fluidificada, a explanação do evangelho e a prática deste nos lares.

Os grupos de estudo no CEIC são numerosos (22 ativos) com temáticas e abordagens como: acolhimento, família, "o legado de Cristo", pais com bebês, "amar a si mesmo", fundamentos da doutrina I, II e III, estudo da mediunidade, "Jesus - o mestre", "missionários da luz", "eu, Deus e o próximo", "os mensageiros", "nos passos de Jesus", apresentados de forma organizada e sistematizada, por módulos, indicações de leituras e eixos de análise.



A evangelização é separada por três grupos: 1. Atendimento “aos filhos das participantes do Programa de Assistência de Promoção Social do Grupo de Gestantes e Nutrizes”, grupo único; 2. Atendimento “aos filhos das participantes do Programa de Assistência de Promoção Social do Clube de Mães, em turmas divididas por faixa etária até 12 anos” e 3. Atendimento às crianças e aos jovens filhos de trabalhadores e frequentadores da Casa, em turmas divididas por faixa etária de 3 a 21 anos” (CEIC, 2021, s.p). Essas reuniões têm o intuito de transmitir o conhecimento espírita e a moral evangélica de Jesus.

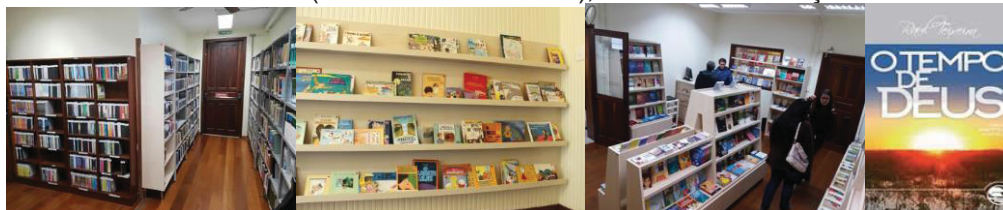
A assistência social no CEIC é ampla e destinada aos grupos vulneráveis, sobretudo, moradores das regiões próximas, como no Parolin, Prado Velho e Guaíra. Possuem o “Clube das Mães” que fornece auxílio espiritual e material com: lanche, cesta básica, banho e escovação de dentes (crianças), aula de Evangelização Espírita, aula de costura, artesanato, alfabetização e introdução ao espiritismo. Realizam-se ainda bazares com roupas, calçados e utensílios domésticos, com preços simbólicos; doações de alimentos e VT (vale-transporte) a todas as participantes do programa de Assistência e Promoção Social que estejam frequentando regularmente as atividades assistenciais e àquelas que estejam frequentando algum curso de qualificação profissional (CEIC, 2021, s.p).

Já o espaço das reuniões mediúnicas é fechado ao público e realizado pelos trabalhadores voluntários assíduos da casa com o objetivo de realizar intercâmbio com os espíritos.

O CEIC conta ainda com um coral iniciado em 1997 que tem o intuito de levar as mensagens dos espíritos e do plano astral por meio da música. A música clássica é uma característica marcante nos centros espíritas do Brasil. Antes das palestras e reuniões acontecem recitais que ambientam o público para as preces e leituras dos ensinamentos.

Outra característica são as livrarias e bibliotecas (FIGURA 43), com acervos diversos que tratam da doutrina espírita e de assuntos compatíveis com o evangelho e a moralidade do ser humano. A produção bibliográfica espírita, conforme já mencionado, é parte dos preceitos kardecistas e, no Brasil desde os anos 1960, mostra-se crescente.

FIGURA 43 - BIBLIOTECA (ADULTO E INFANTIL), LIVRARIA E LANÇAMENTO LIVRO.



FONTE: CEIC, 2021.

Além das informações supracitadas, em visita ao Centro Espírita Ildelfonso Correia, foi possível conversar com dois representantes e membros da diretoria da casa. O refinamento da conversa está organizado por três perguntas principais (TABELA 16):

TABELA 16 - RESPOSTAS PARA ANÁLISE DO DISCURSO - CEIC

**1. Como se dá a relação entre as práticas alternativas do centro e as práticas da medicina científica?**

*A doutrina espírita é uma só e fornece os subsídios para os males do corpo e da alma, alocados nos 7 chacras, deve-se então prezar pela oração, concentração e desejo de melhora. Além disso, mostrar-se aberto ao tratamento espiritual, uso da água fluidificada, do evangelho no lar, dos ensinamentos da doutrina, das irradiações e dos estudos edificadores.*

**2. Quais as práticas alternativas ofertadas para a saúde?**

*Passes (presenciais e no lar), preces, água fluidificada (individualizada), irradiação, evangelho no lar, a própria doutrina e seus ensinamentos para a moralidade e viver.*

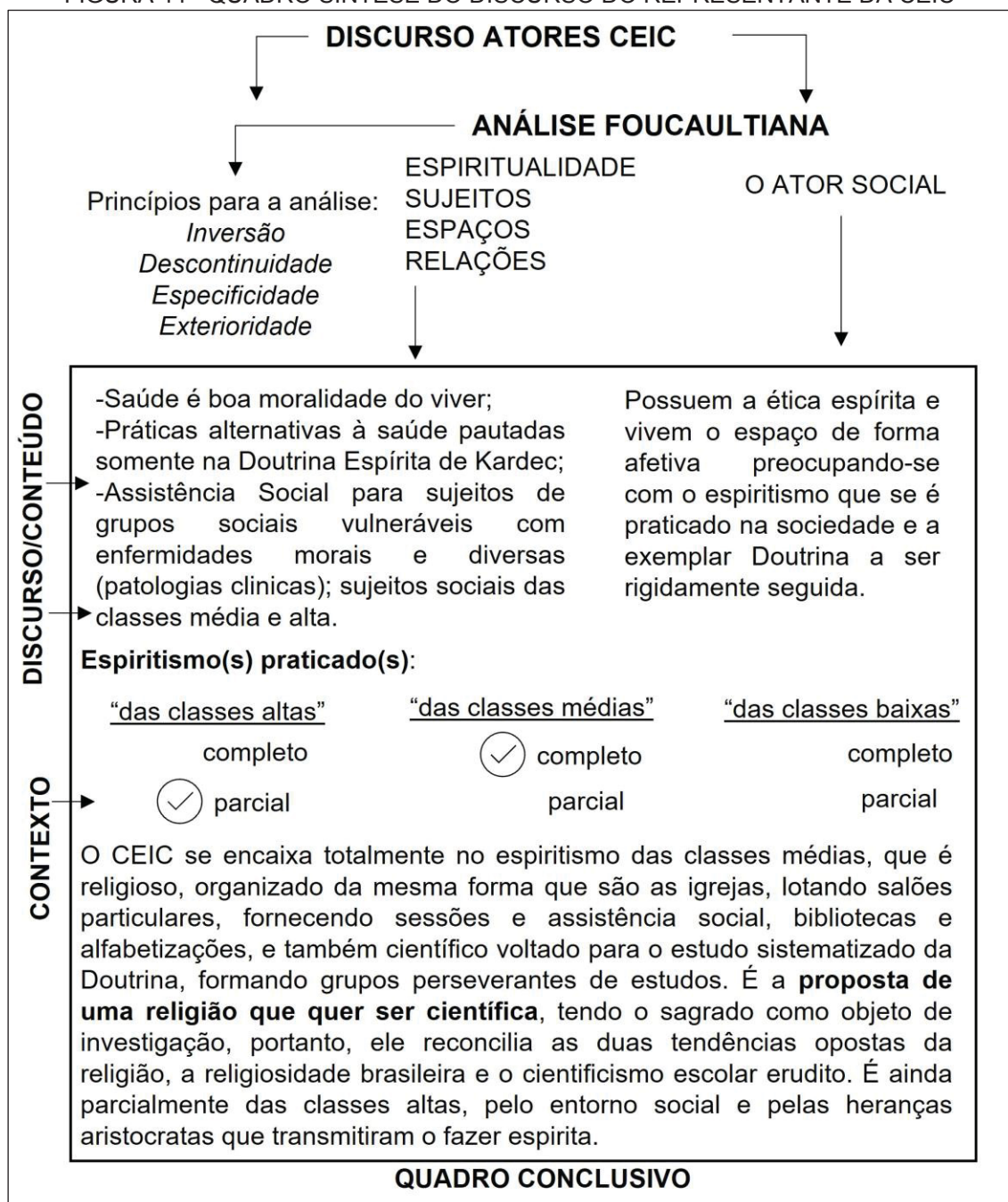
**3. Quem são os sujeitos e quais são as enfermidades?**

*As enfermidades são diversas: neoplasias, depressão, vulnerabilidade social, alcoolismo, drogas, hipertensão, diabetes, etc. As pessoas que mais são atendidas são as que participam das ações sociais, com a evangelização infantil e juvenil, o Clube das Mães, gestantes e bebês. São ofertadas a elas palestras sobre saúde coletiva, costura, alfabetização, além das doações de alimentos, etc.*

FONTE: informações relatadas na conversa em 17/03/2020. Org.: DIAS, M.A. (2020).

Outros enunciados são expostos, conforme a transcrição da conversa no apêndice 4. De posse das configurações que o espaço geográfico apresenta, do diálogo e da perspectiva em que o ator social se encontra, é possível considerar o seguinte (FIGURA 44) cenário conclusivo para a terapêutica espírita do CEIC:

FIGURA 44 - QUADRO SÍNTESE DO DISCURSO DO REPRESENTANTE DA CEIC



FONTE e ORG.: DIAS, M.A. (2021).

## CONCLUSÕES

As discussões apresentadas na tese se propuseram a compreender o fenômeno da espiritualidade terapêutica operado por atores sociais no território brasileiro e a normatização das medicinas alternativas à saúde. Como exemplo das práticas, o estudo de caso nos centros espíritas, alocados no aglomerado urbano de Curitiba/PR, evidenciaram lógicas bastante particulares do contexto histórico e cultural do Brasil. Ademais, ao passo que as leituras, apreensões e vivências foram se materializando, outras perspectivas e tessituras se construíram.

A princípio, de forma figurativa, a compilação desses processos pode ser comparável a um tecido, de malha justa que cobre uma superfície (fenômenos) e, conforme as luzes (teorias, autores, sujeitos) se direcionam e focam, as malhas se revelam não tão justas, como se pensara, e com mais aproximação, tornam-se mais visíveis ainda. Essa analogia, além de expressar o processo de construção científico da tese, também é compatível com o principal fenômeno observado no estudo, o da espiritualidade terapêutica.

Dessa forma, a primeira constatação é: a espiritualidade só é possível de ser assimilada se houver uma aproximação (vivência) a ela e se ela for colocada à prova (questionada), ante os discursos teóricos e filosóficos, populares e científicos. A sua união com a saúde é uma das principais formas de aproximação e, de acordo com os estudos e observações, acredita-se que é a forma mais potente.

Ressaltam-se esses pontos, pois o par espiritualidade-saúde tem o poder de estimular reflexões bastante profundas no ser humano e na sociedade. É uma via que permite acessar possibilidades e desvelam caminhos para as impossibilidades, sobretudo as das doenças.

Em resposta aos objetivos da investigação (TABELA 17), afirma-se que todos foram cumpridos e seus resultados se mostraram além do esperado, vislumbrados como contributivos à sociedade e de serventia a mais uma página na história da ciência, assim:

TABELA 17 - OBJETIVOS E PERSPECTIVAS

<b>Objetivos traçados</b>	<b>Perspectivas encontradas</b>
1. Evidenciar as perspectivas e práticas à saúde de tradição popular e alternativa como formas a investigar	Revelou-se o processo histórico e cultural que envolve o território brasileiro e, de forma ampla, territórios e povos que se encontram no Sul do

a dimensão processual da espiritualidade no cenário brasileiro.	mundo. Esses povos e suas culturas diversas se aproximam pelas vias da espiritualidade, intrínseca as suas práticas e perspectivas à saúde. A compreensão do hibridismo cultural do país e, até mesmo, de forma específica, dentro da Doutrina Espírita, praticada por mais de uma forma e perspectiva também é consequência da dimensão espiritual/alternativa/popular.
2. Investigar a existência, ou não, de espaços excludentes do Moderno e da Tradição no território brasileiro e sua aproximação com a teoria geográfica e as perspectivas e práticas alternativas à saúde humana;	A investigação em detalhe dos espaços do Moderno e da Tradição modulares, respectivamente: Centro/visível e Periferia/invisível, impulsionou à reflexão que resgata aspectos históricos e espaciais - não devem ser vistos de forma dissociada, existem em acordo - legítimos na sociedade, mesmo com a existência de percalços intrínsecos à modernidade/pós-modernidade na sociedade brasileira e nas sociedades do Sul. Compreendeu-se que as teorias da Geografia da Saúde, sumariamente utilizadas nos diversos trabalhos epidemiológicos, não são suficientes para a especificidade de saúde vislumbrada para a tese. As medicinas alternativas/populares/tradicionais exigiram, para a sua leitura refinada, outras perspectivas, encontradas dentro da Geografia Cultural, Humana, Antropologia, Psicologia, Sociologia, etc. Sendo assim, considera-se a necessidade de construção e/ou refinamento de outras epistemologias condutoras do conhecimento científico ou, como Mendonça coloca, uma “nova epistemologia para a saúde”, feita por “revolução e desobediência epistemológica”.
3. Discutir a teoria da descolonização do saber e do poder nos contextos das medicinas tradicionais/populares/alternativas e da medicina científica moderna;  4. Evidenciar as normativas e oficializações para as perspectivas e práticas alternativas à saúde humana;	A teoria descolonial opera um movimento de autorreflexão para a sociedade brasileira e das sociedades do Sul e sua discussão evidencia procedimentos antes não conscientizados, ou postos em xeque. As medicinas alternativas se mostram pertencentes a esse processo e ressurgem nas normas e documentos oficiais por um movimento popular, em parte apreendidas pelo mercado e, em grande parte e de forma legítima, pelos seus atores sociais que insistem em sua validade e eficácia, mesmo que o modelo biomédico científico seja soberano.
5. Investigar as matrizes fundantes da espiritualidade-religião-saúde e do espiritismo francês e sua perpetuidade no território brasileiro;	Revelaram-se embates de ordem institucional dos próprios espíritas brasileiros. O grupo espírita é coeso e determinado nas suas ações evangelizadoras e doutrinárias, contudo, acontecem desacordos entre os praticantes/casas espíritas, revelados sobretudo, pela decisão de federação ou não à instância máxima espírita, a FEB. Em território estrangeiro e de nascimento, o espiritismo fez uso de bases fenomenológicas, como forma a dissociar-se de qualquer traço religioso; pôs-se como ciência e filosofia, como forma a ser aceito dentro das cátedras e não obteve sucesso. Da sua chegada ao Brasil, retornou aos seus pressupostos religiosos, somando-se à caridade assistencial, e a uma vertente de mais sucesso, a terapêutica/saúde, alcançável pela moralidade.
6. Mapear e compreender a relação espiritualidade-saúde nos centros	A cartografia dessa relação foi árdua e reveladora, em parte, de contextos já previstos, como: 1. áreas mais



espíritas do AU-RMC e seus elementos, cuidados e práticas para a saúde;	vulneráveis na periferia + pouco acesso aos equipamentos de saúde + distante dos centros espíritas; 2. áreas menos vulneráveis e nobres + acesso amplo aos serviços de saúde + proximidade dos centros espíritas. Mas, tais contextos também foram importantes, pois revelaram o caráter assistencial dos espíritas e seus desejos/metapas para a evangelização cada vez mais veloz e dentro das franjas periféricas das cidades. Os elementos, cuidados e práticas encontrados nos centros espíritas revelam e confirmam a existência de pelo menos 3 espiritismos no AU-RMC: 1. o que opera pelos fenômenos sobrenaturais (ritos e sessões reservadas); 2. o que é estritamente ordenado pela Doutrina de Kardec (água fluidificada, evangelho no lar, passe); 3. o que possui aspectos similares aos ritos e símbolos das matrizes afro-brasileiras (uso de ervas, chás, emplastos, gestuais, cantos). Esses diagnósticos sugerem que, apesar de a matriz ser de origem eurocêntrica, a sua prática no território brasileiro a transformou e produziu modulações, ainda que seus adeptos não tenham percebido e/ou se importado.
---	---

FONTE e Org.: DIAS, M.A. (2021).

Dessa forma, a identificação, diagnóstico e análise das práticas espiritualizantes para a saúde humana foram, ao longo do trabalho, vistas aquém de uma tarefa e estudo de caso a serem cumpridos. Elas foram alvo de indagações constantemente, em uma relação intercambial, de modo que pudessem retornar com significados e respostas para os percalços e enfermidades (físicas, sociais, comportamentais, subjetivas) tão latentes e sensíveis nas sociedades modernas e/ou pós-modernas (conforme seja preferível a fonte teórica).

Em relação às quatro hipóteses e suas consequências, e em cumprimento à metodologia popperiana, podem-se considerar os seguintes aspectos:

Hipóteses do estudo	Consequências a serem testadas
1. A busca por práticas alternativas e tradicionais nos cuidados com a saúde humana, assim como a paradoxal condição da negação ontológica de práticas e sujeitos, condizem com o contexto histórico e cultural da sociedade brasileira;	A invisibilidade aos sujeitos e práticas se deve também a esse contexto colonial de saber? Acontece um resgate histórico e cultural por parte dos indivíduos? Ou isso é um reflexo da modernidade?

A hipótese 1 e sua consequência foram confirmadas, pois é da história opressora brasileira a invisibilidade dos sujeitos da tradição, timbrados como “os sem alma”, seres que não são humanos, com suas vergonhas à mostra que não são iguais e nunca vão ser aos desenvolvidos europeus colonizadores. Lá no

século XVI, marcou-se a história de uma nação inteira, descartando o que era diferente, colocando-os como defeituosos e perigosos. O outro fora visto como sinal de perigo e, como medida de proteção, assimilaram-se os avassaladores sentimentos de intolerância e preconceito. A perpetuidade da negação ao diferente acontece, pois os sujeitos e suas práticas são divergentes das comumente e majoritariamente aceitas na sociedade moderna, possuem concepções outras para os estilos de vida e direções do viver e não beneficiam o mercado econômico e sua manutenção.

Além disso, conforme revelado pelos atores sociais, de acordo com o elevado número de adeptos nas atividades nos centros espíritas e também pelo diagnóstico dos setores censitários, a busca de práticas alternativas à saúde e tratamentos não oficiais para as enfermidades acontecem por dois motivos principais: a não disponibilidade de serviços e equipamentos de saúde aos sujeitos em seus setores censitários e/ou bairros; e a não oferta de conforto, afeto, compreensão, diagnósticos e prognósticos para as enfermidades na medicina científica-moderna. A **consequência** também é verídica: Os dois motivos implicam diretamente no contexto histórico, cultural e opressor sofrido pelos povos brasileiros, e por mais que os sujeitos do tempo de agora não legitimem determinados atores e pensamentos tradicionais brasileiros, fazem uso desses quando se deparam com doenças, sejam da carne ou do comportamento. A modernidade assevera essas implicações, pois a fragmentação que ela causa faz com que os seres humanos se vejam solitários e direcionados para projetos e demandas líquidas, ou seja, quando conseguem se auto-observarem descobrem que se transformaram em sujeitos sem a visão histórica dos fatos e sem o conhecimento de como chegaram ao ponto que estão, sujeitos assim, sem identidades. A saída para esses embates por vezes se encontra na espiritualidade e em cosmologias outras que propiciem a fuga e a redescoberta de si mesmo. A identidade brasileira, com seus povos miscigenados e múltiplas perspectivas transcendentais, é então um caminho de fácil localização e oferta.

Hipóteses do estudo	Consequências a serem testadas
2. A perspectiva descolonial forja uma nova epistemologia para a Geografia da Saúde, fato que pode auxiliar numa abordagem mais representativa para as alternativas à saúde e à espiritualidade terapêutica, presentes na sociedade.	É possível uma nova epistemologia da saúde? A Geografia contribui para essa construção?

A **hipótese 2** e sua **consequência** são válidas, pois pelas lentes da Geografia, os processos saúde-doença podem ser vistos muito além da ausência das doenças, mas pelos cuidados e dispositivos oficiais ofertados por práticas e seus atores sociais constituídos por raízes socioculturais de poder. O discurso geográfico possibilita leituras específicas dos fenômenos no espaço geográfico, por considerar todos os elementos que formam e revelam territórios, fronteiras e lugares. A Geografia da Saúde possui um vasto referencial que permite a sua entrada na discussão da saúde, contudo, cabe a autorreflexão para suas heranças fundantes coloniais e metas quantitativas/pragmáticas, que talvez não sejam mais suficientes para a captura em totalidade dos fenômenos e sujeitos diversos da atualidade. O início da mudança é o diagnóstico dessa ineficiência, que direcione e encoraje para outras leituras e epistemologias reveladoras de entraves e imbricações das sociedades e suas relações de poder. O espaço, assim, impregnado dessas relações de poder profundamente desiguais, ao mesmo tempo destrutivas e criativas, opressoras e liberadoras, possibilita distintas perspectivas por meio das quais podemos enunciar e produzir nosso mundo, e a saúde aparece pujante nesse proceder. A Geografia da Saúde, desde sua mudança conceitual (Doença para Saúde), apresenta-se com preocupações emergentes e características do seu sufixo e, se dessa maneira continuar, se aproximará muito mais da veracidade dos fatos e sujeitos produtores de territórios e lugares de bem-viver.

Hipóteses do estudo	Consequências a serem testadas
3. Há controvérsias nos centros espíritas que revelam aspectos de práticas alternativas e tradicionais em saúde fomentadas por ideologias e perspectivas coloniais e modernas.	Existem as controvérsias em todos os centros? Ou somente nos centros que não são filiados às federações e assim, praticam outras vertentes que se aproximam de um tradicional brasileiro?

A **hipótese 3** e suas **consequências** foram validadas conforme o desvendar das práticas e fundamentos que subsidiam a Doutrina Espírita no AU-RMC. Os centros espíritas se apresentaram diversos na dinâmica, na oferta das práticas à saúde, evangelização, assistência e ritos, sendo essas diferenças

presentes sobretudo em centros espíritas não federados. Revelam-se assim controvérsias no discurso e prática espírita, pois prioriza-se, para os federados, de forma bastante rígida, o fazer pelas vias da matriz fundamental de Allan Kardec, contudo são prospectos que, ao adentrarem o território miscigenado do Brasil, não foram revistos ou alvo de críticas, simplesmente houve, mais uma vez, a imposição de um modelo e forma moral de ser e fazer. São, dessa forma, compatíveis em muitos aspectos com as religiões cristãs evangelizadoras que operam por convicções e não argumentos, enaltecendo que o único caminho para a ética humana é aquele que pertence à religião. Além disso, a máxima que coloca que o espiritismo é Doutrina e não religião é contraditória, e por vezes hipócrita, já que imperam nos centros espíritas ritos e símbolos religiosos e uma fixação pela obediência, de ordem conservadora. Apresenta, assim, uma tentativa no Brasil de ser doutrina científica e filosófica, distanciando-se das religiões, pensada por fanáticos, dogmáticos e não científicos.

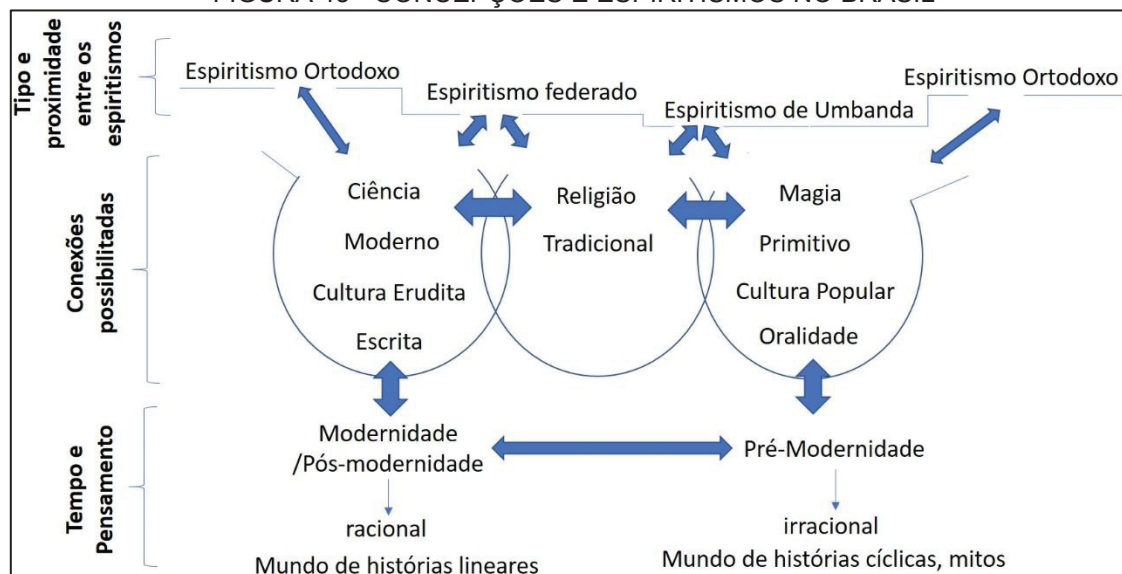
Vale frisar que a presente análise não se presta a juízos de valores e sim da constatação aferida após a leitura e sucessão de fatos que compõem a história e proceder dessa religião no país. Em termos mais objetivos, o uso de ervas e chás, os gestuais pouco contidos, a chegada de espíritos indígenas, negros “pretos-velhos” são ritos e situações não aceitas e prejudiciais ao silêncio contido, a música clássica, à Doutrina que se quer nos centros espíritas brasileiros. Os centros espíritas que apresentam outras práticas e condutas, diferentes do espiritismo ortodoxo, são estigmatizados e colocados no mesmo patamar, ainda de pouca aceitação, dos terreiros de Umbanda/Candomblé/misto.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Pode-se aferir que o espiritismo no território brasileiro chegou com suas perspectivas colonizadoras e se apresentou munido de práticas assistenciais à saúde, angariando ao longo do tempo a união de sujeitos constituídos por histórias e culturas divergentes. Está na história das clínicas e hospitais a assistência concedida pelos espíritas, compreendida desde aquela época, como a única religião capaz de curar e despossuir os sujeitos atordoados por espíritos de forma mais branda, se comparável aos exorcismos dos católicos.

O espiritismo que hoje se perpetua no território brasileiro se faz pela oferta de serviços de caridade, significados às doenças e padrões de moralidade cristãs, suprimindo determinadas vulnerabilidades e carências da população brasileira. Eles conseguiram realizar a passagem de um sistema simbólico, que é a espiritualidade, para um sistema conceitual/doutrinário, sendo também por isso sumariamente aceitos. De forma a ilustrar o lugar do espiritismo no Brasil e suas concepções (FIGURA 45):

FIGURA 45 - CONCEPÇÕES E ESPIRITISMOS NO BRASIL



FONTE e Org.: DIAS, M.A. (2021).

São duas formas praticadas no Brasil: o espiritismo federado e o espiritismo não federado/de Umbanda/baixo espiritismo. Ambos têm proximidade com a Doutrina mais ortodoxa, se forem resgatados os momentos históricos, já que, ora o espiritismo ortodoxo quis ser religioso (ao adentrar o Brasil) e mágico (na França, para explicar os efeitos sobrenaturais), ora quis ser ciência (na França, com a decodificação e sistematização de Kardec). Contudo, dadas as especificidades encontradas da chegada ao Brasil, o hibridismo cultural se fez presente e este não permite o fazer ortodoxo da doutrina, não sendo então ciência e nem magia.

Assim, os espiritismos praticados aqui, mesmo que diversos, vão se aproximar pela especificidade que o espaço (país) impõe e, sobretudo, vão se diferenciar quando se aproximarem da ciência (de concepções do moderno, pelo fazer pela cultura e escrita eruditas); ou quando estiverem mais afetos às modulações religiosas (de aspectos mágicos, transcendentais, de cultura e oralidade populares, aproximando assim das matrizes afro-brasileiras).



Cabe mencionar que o espiritismo pode ser comumente visto como um grande guarda-chuva por resguardar, como já exemplificado, casas espiritualistas que fazem uso da nomenclatura “espírita”, por segurança contra o preconceito, medo e pela busca de uma maior aceitação por parte da sociedade.

Com o estudo de caso, revelou-se pela organização e dinâmica dos centros espíritas no espaço geográfico do AU-RMC, o privilégio da ocupação espacial em áreas centrais da cidade de Curitiba e algumas no AU-RMC, em proximidade aos serviços e equipamentos de saúde e alocados em setores censitários com população majoritariamente branca, rendas elevadas e alfabetizadas. Reafirma-se, assim, a não proximidade destes das periferias sociológicas, formadas por grupos com baixa renda, escolaridade e cor, sobretudo, parda e negra.

Notórias ainda são as discrepâncias entre as arquiteturas dos espaços da espiritualidade (APÊNDICE 7). Os pertencentes aos centros espíritas, não federados ou que são disfarces, são constituídos com materiais mais simples, como madeira e barro, e os dos centros espíritas federados são feitas com materiais mais estruturados, cimentos, ferro, tijolos, apresentando fachadas que remetem às fachadas das Igrejas Católicas. A arquitetura desses últimos se faz como uma representação de um microcosmo “as árvores transformam-se em pilares, as paredes são os quatro pontos cardeais, a pedra se torna altar, o telhado representa o céu” (DEL VECCHIO, 2016, s.p.) onde os adeptos podem, então, experimentar a transcendência ao atravessar os portões que os separam do universo profano e os conduzem ao sagrado.

Sobre o fenômeno do espiritismo terapêutico nos centros espíritas analisados, considera-se que as orientações, rezas e terapias lá ofertadas trabalham sob uma única lógica: a fé/crença dos enfermos. A eficácia dos tratamentos à saúde lá concedidos se dá, pois esses sujeitos estão abertos e dispostos a isso. Os centros espíritas e demais locais onde se operam terapêuticas, espiritualidades e ritos de cura, possuem, pelo imaginário popular, aspectos transcendentais e místicos que aguçam a curiosidade e estimulam sensações prazerosas para quem sofre ou busca o autoconhecimento. Fornecem assim significância para as doenças, resultando, fortuitamente, na cura e/ou bem-estar.

A chegada voluntária dos sujeitos enfermos a esses lugares já é benéfica, pois se apresentam a pessoas distas de suas realidades, que os estranham, não sabem suas lamentações e não os conhecem na intimidade. Abre-se, assim, passagem para a tentativa do novo, do ser novo. Oferta-se, com isso, a oportunidade do recomeçar para sujeitos, enfermos e/ou em desequilíbrio que se põem, nesses locais, sob efeito psicológico mais efetivo o qual afetará diretamente o biológico - o corpo, a carne, que está em doença. Diferem-se assim dos locais habituais de tratamento às doenças, como as clínicas e hospitais, onde já é sabido, se encontrará sofrimento, dor, medicamentos e seus efeitos colaterais e uma arquitetura que remete aos presídios e sanatórios.

Frisa-se que a cartografia de uma “espiritualidade terapêutica”, assim como pontuado por Tavares (2012), é trabalho árduo e por vezes inalcançável pelos atravessamentos e imbricações particulares ao universo da religiosidade/espiritualidade. A exemplo disso, acontece a invisibilidade de outros atores sociais, como as benzedeiras que atuam com a terapêutica tradicional/popular/espiritual e sabidamente estão alocadas na área de estudo, mas não estão presentes nos sites de busca e nem na ordem de um sistema oficial de saúde, elas são encontradas no caminhar e pelas falas de outros sujeitos.

Assim, a fluidez e a indefinição da terapêutica espírita/espiritualista no território caracterizam seus agentes como membros de uma nebulosa místico-esotérica, por operarem uma profusão de experimentos terapêuticos não identificáveis, a depender da escala e procedimentos de análise. Além disso, são forçosamente envolvidos nas lógicas de mercado pertencentes ao espaço do Centro-Moderno estando, por vezes, na invisibilidade proposital.

Outro ponto a se considerar é a possível disputa entre o modelo hegemônico da medicina moderna e as práticas médicas exercidas nos centros espíritas: tal situação não foi revelada com o estudo de caso. Não houve nenhuma percepção que direcionasse para esse contexto, o que se percebeu é justamente o contrário, um estreitamento com a medicina moderna, pela repetição de falas e a anunciação sobre os trabalhadores dos centros espíritas que lá exercem suas mediunidades, e que no ambiente profissional são médicos, enfermeiros, cirurgiões. As práticas e discursos parecem querer afastar da

doutrina espírita e de seus praticantes possíveis contratempos, tão presentes na história da doutrina no Brasil.

Cabe, então, ressaltar a necessidade do discurso dos outros sujeitos ativos nesse contexto, como os profissionais da saúde, ouvidos por Toniol e tantos outros pesquisadores, que relataram certos estranhamentos para com a espiritualidade terapêutica.

Reitera-se um ponto importante: ambas as medicinas devem coexistir nas sociedades e são responsáveis, cada qual, com suas expertises e epistemes, pela sobrevivência e saúde humana. De forma que, enquanto sociedade carente de bons governantes, não nos coloquemos em risco levados por discursos de ódio e senso comum que direcionam tratamentos e condutas bastante perigosas para a saúde humana e, que por tais nuances, levantam erroneamente as bandeiras da medicina popular/tradicional/alternativa como soberana à saúde humana e à ciência.

É importante criticar e punir as práticas abusivas e o charlatanismo. A pessoa enferma é uma pessoa vulnerável e, nas mãos de pessoas más intencionadas, seja uma liderança espiritual ou um médico, pode se tornar vítima de crimes. A questão é que, ao lidar com pessoas vulneráveis, as relações de poder se tornam ainda mais assimétricas.

Pelos resultados é ainda possível afirmar a eficácia das metodologias e de seus procedimentos utilizados na tese, pois auxiliaram na apreensão e na não condução dos discursos dos atores sociais nas conversas e observações participativas.

Sobre a vasta análise direcionada para as PICS, presentes nas unidades básicas de saúde das cidades, evidencia-se um processo cada vez mais crescente de oficialização e entrada nos rols de procedimentos da saúde, como forma de amenizar disputas com associações médicas. As pesquisas e a destinação de recursos para estas e suas medicinas alternativas, consideradas não científicas, ainda são vagarosas, mas podem vir a ser pauta de suma importância para os países subdesenvolvidos, de maneira a conter gastos com medicamentos, tratamentos, exames de alto custo, etc.

Para a Geografia da Saúde muito ainda pode ser investigado para o fortalecimento do campo das alternativas à saúde humana, os seus sujeitos, suas práticas e seus territórios, lugares e espaços. Considera-se isso, pois a

lógica operante desses sujeitos e de suas medicinas populares e tradicionais é vista até mesmo nas formas mais pujantes da sociedade moderna capitalizada, na qual eles operam intimamente por relações sociais, carregadas de afeto e solidariedade, mesmo que as forças contrárias, do capital e das enfermidades da carne os assolem. Assim, não é à toa que o brasileiro recorre às espiritualidades, às religiões, aos feitiços, ao mundo imaginário, cosmológico, operado até mesmo em uma escala bastante minúscula, como na feitura de um emplasto, chá de ervas, reza. Isso é ancestralidade e hibridismo histórico e cultural, mesmo que não seja assim reconhecido, e por todos esses motivos são parte do discurso e análise geográfica.

A entrada da modernidade dilacerou sociedades e indivíduos, enfraquecendo os pensares e fazeres mais íntimos/identitários e, com a chegada da pós-modernidade, esse dilaceramento se tornou fragmentação, desintegrando sumariamente qualquer perspectiva de unidade restante, entendida por muitos como a forma que permite a ausência de doenças e o equilíbrio do corpo.

Vale-se dessa lógica, pois a única possibilidade para os seres humanos adoecidos é o retorno à forma única e holística dilacerada. Isso acontece pelas vias da espiritualidade e pelas vias da medicina popular e tradicional, que, em parte, supre e conforta os enfermos desenganados na medicina científica e moderna e, em parte, presta-se como a única forma de proteção aos sujeitos das periferias sociológicas, sem acesso à medicina científica.

A discussão colonial é ponto inicial e final de todas as discussões aqui levantadas, pois a supressão dos direitos de pensar, agir e viver de séculos atrás ainda reverberam nos embates e crueldades do tempo de agora. A supressão dos saberes e modo de agir das populações nativas, epistemicídio, lhes reservou o espaço da invisibilidade, da descrença e da criminalização, colocando-os hoje de forma pejorativa como minorias de saberes místicos e desprezíveis. O tempo, que é a compreensão de mundo vivido e componente básico e indissociável do espaço no âmbito da experiência humana, está nas veias dos descendentes desses povos subalternizados do passado e a potência que a perspectiva descolonial possui é a de visibilidade, transformação e caminho para a reintegração de posse do pensar, agir e viver.

A ciência é produto de um mundo matematizado, de gênese europeia, e de um determinado lugar e de uma determinada época. Não se apaga o passado, e o passado da ciência é europeia. Entretanto, o esforço que se faz é o de evidenciar os saberes que estão fora da cientificidade europeia e/ou colonial, moderna e institucional. Para isso, deve-se atentar para os discursos dos atores sociais que têm suas verdades, cosmologias, etc., que podem ser passíveis de rigor científico, e legitimá-los, para divulgá-los e iluminá-los.

Como horizonte de pesquisa, verifica-se o campo de conhecimento, espacialidades, fenômenos e ritos dos umbandistas/candomblecistas e dos evangélicos neopentecostais (em crescente no Brasil - Igrejas da cura). Considera-os, assim como os espíritas, como agentes terapêuticos fornecedores de instrumentos que propiciam o bem-estar e a ausência de doenças. Tal fenômeno é, por vezes, interesse da Geografia e do discurso descolonial, pois os seus adeptos, em maioria, segundo o IBGE (2010), são da cor preta, residentes das periferias e encabeçam fóruns de discussão, sites de divulgação, redes sociais e movimentos populares, como o Movimento Negro Evangélico e a Bandeira da Amizade.

Cabe ainda ressaltar a necessidade de valorização do hibridismo histórico-cultural do território brasileiro, como forma de “reconhecer mais diretamente as interações complexas entre os fenômenos religiosos e os seus contextos históricos, políticos, sociais e culturais” (ENGLER, 2011, p. 20) que consegue oportunizar a leitura das relações complexas da espiritualidade, das culturas e das sociedades em diversidade.

Por fim, os seres humanos não devem apenas se contentar com a penosa sobrevivência determinada pelo mundo moderno ocidentalizado, mas ao contrário, devem reivindicar cada vez mais os seus direitos à saúde integral. E para isso acontecer, faz-se necessário um processo de autorreflexão acerca das ações e hábitos prejudiciais a si mesmo e à sociedade e, em seguida, requer-se um processo identitário, com vistas a descobrir valores bastante próximos e operados pelos atores sociais da medicina popular/tradicional - a solidariedade, comunhão, e de filosofia preta africana, *ubuntu* “eu sou, porque somos”.

Esta tese fechou-se com a banca de defesa no dia 21 de junho de 2021, dia em que o Brasil ultrapassou o número de 500 mil brasileiros mortos pela pandemia do covid-19. Única e exclusivamente culpa da ação absurda,



desumana e vil dos atuais genocidas no poder que não impediram, e pior, permitiram que muitas famílias entrassem na extrema situação de sofrimento e miséria. Por um Brasil saudável, colorido, alternativo, social, igualitário, caboclo, indígena, preto(a), LGBTQI+, diverso e feliz de novo!

## REFERÊNCIAS

- A CASA DO ESPIRITISMO. **Fenômenos Espíritas**. Disponível em: <<http://www.acasadoespiritismo.com.br/>>. Acesso em: 13 jun. de 2019.
- ALI, N.; HUSSAIN-GAMBLES, M. Complementary and alternative medicine in South Asian patients with cancer in Britain. **Diversity in Health and Social Care**. Radcliffe Publishing, v. 2, p. 41-45, 2005.
- ALVES, R. **Religião e Repressão**. Edições Loyola, 2005, 344p.
- AMARANTE DOS SANTOS, D. O. M. Os saberes da medicina medieval. **História Revista** (Online) v. 18, p. 121-134, 2014.
- ANDRADE, M. C. **Geografia, Ciência da Sociedade**: uma introdução à análise do pensamento geográfico. São Paulo: Atlas, 1987.
- ARANHA, M. L. A. de; MARTINS, M. H. P. **Filosofando: introdução à filosofia**. São Paulo: Moderna, 2004.
- ARESI, Albino. **Pode-se educar sem Deus?** São Paulo: Paulinas, 1980.
- ARRIBAS, C. **Como Allan Kardec popularizou o espiritismo no Brasil, o maior país católico do mundo**. BBC News Brasil, Rio de Janeiro, abr. 2019. Entrevista. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-47751865>> Acesso em: 12 mar. de 2021.
- ASAD, T. **Formations of the secular: Christianity, Islam, modernity**. Stanford University Press. 269p. 2003.
- \_\_\_\_\_. **The new metaphysicals: Spirituality and the American religious imagination**. Chicago and London: University of Chicago Press, 2010.
- AUBRÉE, M.; LAPLANTINE, F. **A mesa, o livro e os espíritos**. Gênese, evolução e atualidade do movimento social espírita entre França e Brasil. Abeu, 2009.
- AURELIANO, W. de. A. **Espiritualidade, Saúde e as Artes de Cura no Contemporâneo: Indefinição de margens e busca de fronteiras em um centro terapêutico espírita no sul do Brasil**. Tese (Doutorado em Antropologia Social). Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC, Florianópolis, 2011.
- BACHELARD, G. **A formação do espírito científico: contribuição para uma psicanálise do conhecimento**. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996.
- BARATA, R. de C. B. Malária no Brasil: Panorama Epidemiológico na Última Década. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.11, n.1 p.128-136, jan/mar, 1995.

BARATA, R.C.B. **A historicidade do conceito de causa**. Textos de apoio – Epidemiologia n. 1, Rio de Janeiro: Fiocruz, 1985.

BARRETT, S. **Um Exame Detalhado da Naturopatia**, 2002. Disponível em: <<https://www.oocities.org/quackwatch/naturopatia.html>>. Acesso em: 1.º fev. 2021.

BASTIDE R. Le spiritisme au Brésil. In: **Archives de sociologie des religions**. N.º 24, pp. 3-16, 1967.

BASTIDE, R. **O Sagrado Selvagem e Outros Ensaio**s. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

BAUMANN, Z. **A modernidade líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

BEIER, M. Algumas considerações sobre o Paternalismo Hipocrático. **Revista Medicina Minas Gerais**, 20(2): 246-254, 2010.

BERMAN, M. **Tudo que é sólido desmancha no ar: a aventura da modernidade**. Tradução de Carlos Felipe Moisés, Ana Maria L. Ioratti - São Paulo, Companhia das Letras, p.24-178, 1986.

BHABHA, H. K. **The location of culture**. Psychology Press, 1994.

BIELLA, C. A. A contribuição da doutrina espírita no tratamento e cura de algumas doenças: um estudo sobre o espiritismo em Jataí (GO). **Revista Hygeia**, 13 (24): 110 - 126, 2017.

BITTENCOURT, I. **O homem e os fluidos curadores: A Medicina Espiritual e a cura da alma, a Ciência e a Medicina Espiritual**. In: 30.º Encontro Espírita sobre Medicina Espiritual. Seção Científica 2. Centro Espírita Léon Denis, 2019.

BOURDIEU, P. Espaço social e gênese das classes. In: BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Lisboa-Rio de Janeiro: Difel-Bertrand, 1989.

BOUSQUAT, A.; COHN, A. A dimensão espacial nos estudos sobre saúde: uma trajetória histórica. **Revista História, Ciências, Saúde**. Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 11(3): 549-68, 2014.

BRACHER, E.S.B.; BENEDICTO, C.C; FACCHINATO A.P.A. Quiropraxia. Chiropractic. **Revista Médica**, São Paulo, jul.-set.,92(3):173-82, 2013.

BRANQUINHO, F. **O Poder das Ervas na sabedoria popular e no saber científico**. Rio de Janeiro. Editora Mauad X, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde**. As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Portaria n.º 971, de 3 de maio de 2006. **Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde**. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional de Saúde: 2013**: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 100 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso**. Ministério da saúde. secretaria de atenção à saúde. departamento de atenção Básica. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

\_\_\_\_\_. Portaria n.º 849/GM/MS, de 27 de março de 2017, inclui **Práticas Integrativas e Complementares na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)**. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 2017.

\_\_\_\_\_. CNPICS. **Relatório de Monitoramento Nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde nos Sistemas de Informação em Saúde**. Ministério da Saúde, Brasília, 2020.

BRUCE, S. **Religion the Modern World: Cathedrals to Cults**. Oxford: University Press, 1996.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, p.163-177, 2000.

CAIRUS, H. F. Ares, águas e lugares. In: CAIRUS, H. F e RIBEIRO JR., W. A. **Textos hipocráticos: o doente, o médico e a doença** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. História e Saúde collection, pp. 91-129, 2005.

CANNEL, F. The anthropology of secularism. **Annual Review of Anthropology**, v. 39, p. 85-100, 2010.

CAMARGO JR., K.R. **Biomedicina, saber e ciência**: uma abordagem crítica. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMARGO, M. T. L. de. A. A garrafada na medicina popular: uma revisão historiográfica. **Dominguezia**, v.27, n.1, p.41-49, 2011.

CAPES. **Banco de teses e dissertações**, 2009-2020. Disponível em: <<http://capesdw.capes.gov.br/capesdw/>>. Acesso em: 1.º fev. 2020 e 15 fev. 2021.

CASANOVA, J. **Public religions in the modern world**. Chicago: University Chicago Press, 1994.

CASTAÑEDA, M. E. G. Impacto de los avances en geotecnologías y las competencias en geografía de la salud. **Revista Cubana de Salud Pública**, La Habana, v. 39, n. 4, p. 768-778, 2013.

CASTRO, J. **Geografia da fome**: o dilema brasileiro: pão ou aço. 4 ed. Editora da Casa do Estudante do Brasil: Rio de Janeiro, 1953.

CASTRO, M. R. de.; FIGUEIREDO, F. F. Saberes Tradicionais, Biodiversidade, Práticas Integrativas e Complementares: O Uso de Plantas Medicinais no SUS. **Revista Hygeia**, 15 (31): 56 - 70, 2019.

CATÃO, M. O. Genealogia do direito à saúde: uma reconstrução de saberes e práticas na modernidade [online]. Campina Grande: EDUEPB. **A Sociedade Moderna e as Políticas de Saúde**. pp. 139-168, 2011.

CEIC. CENTRO ESPÍRITA ILDEFONSO CORREIA. Disponível em: <<http://www.ceic.org.br/index.php>> Acesso em: 12 mar. 2021.

CENTRO ESPÍRITA VERDADE E LUZ. **Localização dos Centros Espíritas por estados**. Disponível em: <<https://www.verdadeluz.com.br/lista-de-centros-espiritas-pelo-brasil/>>. Acesso em: 14 jul. 2019.

CHAITOW, L. **Osteopatia: Manipulação e Estrutura do Corpo**. Sumuus Editoria, São Paulo, 1982. Disponível em: <[https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=5d4Xrm\\_dSpgC&oi=fnd&pg=PA25&dq=Osteopatia&ots=oijtMDTzZ1i&sig=1RQhJhvVRBLPSvLxa76U\\_wjPo2k#v=onepage&q=Osteopatia&f=false](https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=5d4Xrm_dSpgC&oi=fnd&pg=PA25&dq=Osteopatia&ots=oijtMDTzZ1i&sig=1RQhJhvVRBLPSvLxa76U_wjPo2k#v=onepage&q=Osteopatia&f=false)> Acesso em: 1.º fev. 2021.

CHAMPION, F. Les Sociologues de la post-modernité religieuse et la nébuleuse mystique ésotérique / The Sociologists of the Religious Post-Modernity and the Mystical-Esoteric Nebula. In: **Archives de sciences sociales des religions**, n.º67/1. The twists and turns of religion in India. pp. 155-169, 1989.

CHARTIER, R. **O mundo como representação**. Estudos Avançados. São Paulo, v.11, n.5, p. 173-191, 1991.

CHIESA, G. R. **Além do que se vê: magnetismos, ectoplasmas e paracirurgias**. Tese (Doutorado em Ciências Humanas, Antropologia) Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia. Instituto de Filosofia e Ciências Sociais da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2016.

\_\_\_\_\_. Entre Espíritos e Cientistas: Charles Richet e a Busca pelos “Fenômenos Inabituais”. **Revista Interparadigmas**, Ano 5, n. 5, 2017.

CHOPRA CENTER FOR WELL BEING. **Chopra.com**. Disponível em: <<https://chopra.com/retreats>>. Acesso em: mar. de 2021.

CHOREV, N. **The World Health Organization between North and South**. Edition: 1. Published by: Cornell University Press, 288p. 2012.

CINEMA NA FLORESTA. **Espiritualismo, Chico Xavier**. Disponível em: <<https://cinemanafloresta.com.br/>>. Acesso em: 13 jun. 2019.



CINTRA, M.E.R.; FIGUEIREDO, R. **Acupuntura y promoción de salud: posibilidades en el servicio público de salud**. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.14, n.32, p.139-54, jan./mar. 2010.

CLARINDO, M. R. F.; STRACHULSKI, J. FLORIANI, N. Curandeiros *parintintin* e benzedeiras: reprodução do saber popular de cura. **Revista Hygeia** 15 (31): 105 - 124, 2019.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS). **Carta aberta aos candidatos à Presidência da República**. Setembro de 2006. Disponível em: <<https://pensesus.fiocruz.br/determinantes-sociais>>. Acesso em: 12 jul. de 2018.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE; **Declaração de Alma-Ata**. 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde. p.15, 2001.

CONGRESSO INTERNACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES E SAÚDE PÚBLICA – **INTERCONGREPICS**, Rio de Janeiro, 2018.

CONNOR, S. **Cultura pós-moderna; introdução às teorias do contemporâneo**. São Paulo: Loyola, 1993.

COSTEIRA, C. R. B.; GRAVETO, J. M. G. do N. A Massagem Terapêutica, Saúde e *Coping*. **International Journal of Developmental and Educational Psychology**. Revista de Psicologia, n.º 1, pp: 237-241, 2010.

CRISTINA, B.; ROQUE, G.; VELLEDA, I.; SILVA, L.; DE ROSA, M. Medicina alternativa ainda procura espaço no meio acadêmico. **Agência Universitária de Notícias – AUN**. Ciência e Tecnologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 14 de agosto de 2019, s.p. Disponível em: <<https://paineira.usp.br/aun/index.php/2019/08/14/medicina-alternativa-ainda-procura-espaco-no-meio-academico/>>. Acesso em: 13 ago. de 2020.

CUNHA, M.C.B.; LABRONINI, R.H.D.D.; OLIVEIRA, A.S.B. & GABBAI, A.A. Hidroterapia. **Rev. Neurociências** 6(3): 126-130, 1998.

CZERESNIA, D.; RIBEIRO, A. M. O. Conceito de espaço em epidemiologia: uma interpretação histórica e epistemológica. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 16 (3): 595-617, 2000.

CZERESNIA, D. The concept of health and the difference between promotion and prevention. In: **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, p.39-53. 2003.

D'ANDREA, A. **O Self Perfeito e a Nova Era**. São Paulo, Loyola, 1998.

DACHER, E. S. A Brief History of Mind-Body Medicine. **International Journal of Transpersonal Studies**. v. 33, p. 148-157, 2014.

DAWKINS, R. **The God Delusion**. Boston, Houghton and Mifflin, 2006.

DEL VECCHIO, A. **Das góticas às supercontemporâneas, conheça a arquitetura de igrejas emblemáticas**. Gazeta do Povo, Haus: Estilo e Cultura, 2016. Disponível em: <<https://www.gazetadopovo.com.br/haus/estilo-cultura/das-goticas-as-supercontemporaneas-conheca-a-arquitetura-de-igrejas-historicas/>>. Acesso em: 23 mar. 2021.

DELANI, D. **Dimensões geográficas dos saberes e práticas das Benzedeiras/ores nos cuidados em saúde em Porto Velho/RO**. Tese (Doutorado em Geografia) Programa de Pós-Graduação em Geografia. Fundação Universidade Federal de Rondônia, 2019.

DIAS, M. A.; MENDONÇA, F. de. A. Alternatividades em saúde humana e a Geografia da Saúde. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde, Hygeia**. v.16, p. 264-281, 2020.

DIAS, M. A. A importância das PICS e dos atores sociais da Medicina Alternativa e Tradicional. In: RIBEIRO, E. A. W.; PEREIRA, M. P. B.; FRIESTINO, J. K. O. **Práticas Complementares e Alternativas em Saúde**. Coleção Geografia da Saúde. 1 ed. Instituto Federal Catarinense: Blumenau, 2019.

DIAZ, J. A. A. Saúde e religião: uma abordagem bioética. **Revista Bioética**. vol. 27 n.º 1 Brasília Ene./Mar, 2019.

DUSSEL, E. **A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais: perspectivas latino-americanas**. CLACSO, Buenos Aires, 2005.

DUTRA, D. **Geografia da saúde no Brasil: arcabouço teórico-epistemológicos, temáticas e desafios**. Tese (Doutorado em Geografia). PPGGEO, UFPR, Curitiba, 2011.

ENGLER, S. A Umbanda e a Glocalização. **Debates do NER**, Porto Alegre, ano 12, n. 20 p. 11-44, jul./dez. 2011.

ESPERANDIO, M. Espiritualidade e saúde: a emergência de um campo de pesquisa interdisciplinar. **Revista Rever**. São Paulo. v. 20, n. 2, mai/ago, 2020.

FEATHERSTONE, M. **A Globalização da Complexidade. Pós-modernismo e cultura do consumo**. Resumo do 19.º Encontro da ANPOCS, Caxambu, 1995.

FEB. FEDERAÇÃO ESPÍRITA BRASILEIRA. **A Prece conforme o evangelho segundo o Espiritismo**, 1864. Disponível em: <<http://www.autoresespiritasclassicos.com/Allan%20Kardec/A%20Prece%20segundo%20o%20Evangelho/Allan%20Kardec%20-%20A%20Prece%20Segundo%20o%20Evangelho.pdf>>. Acesso: 12 mar. 2019.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Centros Espíritas no Brasil**. 2021. Disponível em: <<https://webfec.org.br/PesquisaMapa/PesquisaLivre>>. Acesso em: 15 mar. 2021.

\_\_\_\_\_. **Orientação ao Centro Espírita.** Comissão de trabalho do Conselho Federativo Nacional. Jorge Godinho Barreto Nery (coord.), 1 ed. Brasília, 190 p., 2018.

\_\_\_\_\_. **Em defesa da vida.** Disponível em: <<https://www.febnet.org.br/portal/?s=em+defesa+da+vida>>. Acesso em: 17 dez. 2020.

FEP. FEDERAÇÃO ESPÍRITA DO PARANÁ. Disponível em: <<http://www.feparana.com.br/>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

\_\_\_\_\_. **Filiação para Centros Espíritas.** Conselho Federativo Estadual, 2000. Disponível em: <<http://www.feparana.com.br/topico/?topico=2006>>. Acesso em: 12 fev. 2020.

\_\_\_\_\_. **Censo Espírita.** Disponível em: <<https://www.febnet.org.br/blog/geral/noticias/censo-espirita-2019/>>. Acesso em: 5 ago. 2019.

FEIO, A.; OLIVEIRA, C. C. Confluências e divergências conceituais em educação em saúde. **Revista Saúde Soc.** São Paulo, v. 24, n.º 2, p. 703-715, 2015.

FERRAZ, S. T. **Promoção da saúde: viagem entre dois paradigmas.** Rio de Janeiro n.º 2, p. 49-60, 1998.

FERREIRA, F. F. M. **Espiritismo Kardecista brasileiro e cultura política: história e novas trajetórias.** Dissertação em Ciência Política da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2008.

FERREIRA, L. O. **O nascimento de uma instituição científica: o periódico médico brasileiro da primeira metade do século XIX.** Tese (Doutorado em História). FFLCH-USP, 1996.

FERREIRA, L. O. A emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas. **Revista História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 20, n.º 1, jan.-mar. p. 203-219, 2013.

FERREIRA, M. U. Epidemiologia e Geografia: O Complexo Patogênico de Max Sorre. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n.º 3, p.297-300, jul/set. 1991.

FIGUEIREDO, F. F. A agenda político-ambiental no Brasil. **Revista Espaço Acadêmico**, v. 18, p. 106-115, 2018.

FIRKOWSKI, O. L. C. de. F. **A Nova Lógica de Localização Industrial no Aglomerado Metropolitano de Curitiba.** Revista Paranaense de Desenvolvimento. Curitiba, n.º 103, p. 79-100, jul./dez. 2002.

FITZPATRICK, C.; BANGERT, M.; MBABAZI, P. S.; MIKHAILOV, A.; ZOURÉ, H.; REBOLLO, M. P.; CORREIA E SILVA, M. R.; BISWAS, G. Monitoring equity

in universal health coverage with essential services for neglected tropical diseases: an analysis of data reported for five diseases in 123 countries over 9 years. **Lancet Glob Health**. 2018.

FOLLADOR, E. C. R. Medicina antropológica: um novo paradigma para as questões da medicina moderna. **Revista Médica**. São Paulo, jul.-set., 92(3):166-72, 2013.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. Tradução de Laura Fraga de Almeida Sampaio. Edições Loyola: São Paulo, 2012.

\_\_\_\_\_. **A arqueologia do saber**. Tradução de Luiz Felipe Baeta Neves. Revisão de Lígia Vassalo. Vozes Lisboa: Petrópolis. Centro do Livro Brasileiro. 1972.

\_\_\_\_\_. **O Nascimento da Clínica**. Tradução de Roberto Machado, Editora Forense-Universitária: Rio de Janeiro, 241 p., 1977.

\_\_\_\_\_. **Microfísica do poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. Edições Graal: Rio de Janeiro, 1978.

\_\_\_\_\_. **Of Other Spaces**. Source: Diacritics, vol. 16, n.1, p. 22-27. Spring, 1986. Disponível em: <[http://seas3.elte.hu/coursematerial/RuttkayVeronika/Foucault\\_of\\_other\\_spaces.pdf](http://seas3.elte.hu/coursematerial/RuttkayVeronika/Foucault_of_other_spaces.pdf)>. Acesso em: 2 mar. de 2021.

\_\_\_\_\_. **As palavras e as coisas**: uma arqueologia das Ciências Humanas. Tradução Salma Tannus Muchail. 8 ed.; Martins Fontes: São Paulo, 1999.

FRANCO, D. F. R.; BEZERRA, S. A. R.; SILVA, T. G. M. da.; MARTINS, C. C. Uso Terapêutico do Ozônio no Tratamento de Lesões Cutâneas. **Unifunec Ciências da Saúde e Biológicas**, 3(5):1-10, jan./jun., 2019.

FRANCO, D. P. **Mediunidade e Saúde**. In: XXIII Conferência Estadual Espírita Federação Espírita do Paraná, 2021. *Online*. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=gE33qnQT8gl>>. Acesso em: 12 mar. 2021.

GARCIA, W. As curas espirituais. **Revista Espiritismo e Ciência**. Mythos Editora, São Paulo, v.11, p. 34-40, 1998.

GEOSAÚDE. V Simpósio Nacional de Geografia da Saúde e II Fórum Internacional de Geografia da Saúde, Recife, 2011.

\_\_\_\_\_. VI Simpósio Nacional de Geografia da Saúde e o III Fórum Internacional de Geografia da Saúde, São Luis, 2013.

\_\_\_\_\_. VII Simpósio Nacional de Geografia da Saúde e o IV Fórum Internacional de Geografia da Saúde, Brasília, 2015.

\_\_\_\_\_. VIII Simpósio Nacional de Geografia da Saúde e V Fórum Internacional de Geografia da Saúde, Dourados, 2017.

\_\_\_\_\_. IX Simpósio Nacional de Geografia da Saúde, Blumenau, 2019.

GERBER, R. **Medicina vibracional: uma medicina para o futuro**. São Paulo: Cultrix, 1988.

GIDDENS, A. **As consequências da modernidade**. Tradução de Raul Fiker. São Paulo: Editora UNESP, 1991.

GIGGS, J. Introduction to the 10th issue/23th volume of Social Science and Medicine. **Social Science & Medicine**, 23, pp. 913-8, 1986.

GIL FILHO. Por uma Geografia do Sagrado. **Revista RA'EGA: O Espaço Geográfico em Análise**. v. 5, p. 67-87, 2001.

\_\_\_\_\_. **Espaço Sagrado: estudos em geografia da religião**. Curitiba. IBPEX, 2008.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GINZBURG, C. Señales: Raíces de un Paradigma Indiciario. In GARGANI, A. (org.) **Crisis de la Razón**. México, 1983.

GIUMBELLI, E. **O cuidado dos mortos: uma história da condenação e legitimação do Espiritismo**. Ministério da Justiça, Arquivo Nacional: Rio de Janeiro, 1997.

\_\_\_\_\_. Heresia, doença, crime ou religião: o espiritismo no discurso de médicos e cientistas sociais. In: **Revista de Antropologia**, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, vol. 40, n.º 2, pp. 31-82, 1997.

\_\_\_\_\_. O Baixo Espiritismo e a História dos Cultos Mediúnicos. In: **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 9, n.º 19, p. 247-281. 426, 2003.

\_\_\_\_\_. Espiritismo e medicina: introjeção, subversão, complementaridade. In: ISAIA, A. C. (org.). **Orixás e Espíritos: o debate interdisciplinar na pesquisa contemporânea**. Uberlândia: EDUFU, 2006.

\_\_\_\_\_. A presença do religioso no espaço público: modalidades no Brasil. In: **Religião e Sociedade**, v. 28 (2): 80-101, 2008.

GODOY, C. V.; SILVA, J. B. da. O fenômeno de expansão das clínicas médicas populares: ressignificação do bairro centro em Fortaleza, Ceará. **Revista Hygeia**. n.º 14, p. 32-49, 2018.

GOEBBELS, J. **Biografia de Joseph Goebbels**. Disponível em: <[https://www.ebiografia.com/joseph\\_goebbels/](https://www.ebiografia.com/joseph_goebbels/)>. Acesso em: 5 abr. 2020.



GONÇALVES, L. D. V.; FERREIRA, M. I. M. Homem primitivo e a sua ciência: religião, magia e os fenômenos naturais na Antropologia Clássica. **Revista Eletrônica de Ciências Sociais**, Juiz de Fora, ano 8, ed. 19, jan./jun., 2015.

GRACIA, D. Religión y ética. In: Gracia D. **Como arqueros al blanco: estudios de bioética**. Madrid: Triacastela; p. 129-96, 2004.

GRAMACHO, L. T. **A religião/espiritualidade na formação e prática de profissionais de saúde da Atenção Primária: uma revisão integrativa**. Dissertação de Mestrado (Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade). Programa de Pós-graduação Estudos Interdisciplinares Sobre a Universidade. UFBA, 2019.

GREWEHR, R. B.; BAÊTA, J.; GOMES, E.; TAVARES, R. Sobre as práticas tradicionais de cura: subjetividade e objetivação nas propostas terapêuticas contemporâneas. **Revista Psicologia USP**. São Paulo, n.º 1, v. 28, p. 33-43, 2017.

GRISOTTI, M. Políticas de saúde e sistemas médicos no Brasil. **Revista Katalysis**, Florianópolis, v. 3, p. 49-62, 1998.

GROSFOGUEL, R. Para descolonizar os estudos de economia política e os estudos pós-coloniais: transmodernidade, pensamento de fronteira e colonialidade global. Cap.11, 373 p. In: SANTOS, B. de. S.; MENESES, M. P. **Epistemologias do Sul**. Coimbra: Almedina, 532 pp, 2009.

GUIMARÃES, R. B. Geografia e saúde. In: **Saúde: fundamentos de Geografia humana** [online]. São Paulo: Editora UNESP, pp. 17-39, 2015.

\_\_\_\_\_. Geografia da saúde: categorias, conceitos e escalas. In: **Saúde: fundamentos de Geografia humana** [online]. São Paulo: Editora UNESP, pp. 79-97, 2015.

\_\_\_\_\_. Geografia e Saúde Coletiva no Brasil. **Revista Saúde Soc.** São Paulo, v. 25, n.º 4, p. 869-879, 2016.

GURGEL, H.; BELLE, N. (org.). **Geografia e saúde: teoria e método na atualidade**. Brasília: Universidade de Brasília, 170 p, 2019.

GURGEL, C. **Doenças e Curas: O Brasil Nos Primeiros Séculos**. Editora Contexto. São Paulo, 192 p, 2011.

HAESBAERT, R. **Território e descolonialidade: sobre o giro (multi)territorial/de(s)colonial na América Latina**. 1 ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO; Niterói: Programa de Pós-Graduação em Geografia, Universidade Federal Fluminense, 2021.

HALL, N. **Reflexologia - Um Método Para Melhorar a Saúde**. São Paulo: Editora Pensamento Cultrix, 1997. Disponível em: <[https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=iowOWYAKOHIC&oi=fnd&pg=PA13&dq=reflexologia&ots=UTa\\_Sfq](https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=iowOWYAKOHIC&oi=fnd&pg=PA13&dq=reflexologia&ots=UTa_Sfq)>

5Tt&sig=SLbUTQf3o3O1on01daJWdvbduXY#v=onepage&q&f=false>. Acesso em: 2 fev. 2021.

HANEGRAFF, W.J. **New Age religion and Western culture: Esotericism in the mirror of secular thought**. New York: Brill, 1996. São Paulo: Studio Nobel, 1999.

HARVEY, D. Space as a keyword. In: CASTREE, N. e GREGORY, D. (org.) **David Harvey: a critical reader**. Malden e Oxford: Blackwell, 2006.

HERVIEU-LÉGER, D. **La religion pour mémoire**. Paris, CERF, 1993.

HORA DO POVO. Polícia investiga charlatões que prometem “unção” que cura o coronavírus. **Jornal Hora do Povo**. 3 mar. 2020. Disponível em: <<https://horadopovo.com.br/policia-investiga-charlatoes-que-prometem-uncao-que-cura-o-coronavirus/>>. Acesso em: 3 ago. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Panorama das Cidades. Curitiba**. 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/curitiba/panorama>>. Acesso: 23 jul. 2018.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa de informações básicas municipais**. Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo?id=3&idnoticia=2170&view=noticia>>. Acesso em: 21 jun. de 2019.

\_\_\_\_\_. **Os indígenas no Censo Demográfico 2010**. Primeiras considerações com base no quesito cor ou raça. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Diretoria de Pesquisas, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <[https://indigenas.ibge.gov.br/images/indigenas/estudos/indigena\\_censo2010.pdf](https://indigenas.ibge.gov.br/images/indigenas/estudos/indigena_censo2010.pdf)>. Acesso em: 5 jan. 2020.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa nacional de saúde: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação** / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro, 2020.

\_\_\_\_\_. **Censo Demográfico 2010. Variáveis Socioeconômicas**. Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/painel/?nivel=st>>. Acesso em: 5 jan. 2021

\_\_\_\_\_. **Religião**. Diretoria Geral de Estatística. Disponível em: <<https://sidra.ibge.gov.br/tabela/137>>. Acesso em: 27 maio 2020.

INSTITUTO BENEFICENTE CHICO XAVIER. **Os métodos de cura**. O que é espiritismo. Disponível em: <<http://www.institutochicoxavier.com/index.php/informativo/o-que-e-o-espiritismo-2/1863-os-metodos-de-cura>>. Acesso: 12 ago de 2019.

INAH. INSTITUTO NACIONAL DE ANTROPOLOGÍA Y HISTÓRIA. Gobierno del México. Disponível em: <<https://www.templomayor.inah.gob.mx/historia/acerca-del-museo>>. Acesso em: 12 fev. 2021.

JAMES, W. **The varieties of religious experience**. A study on the human nature. New York: The Modern Library, 400 p., 1958.

JORNAL HORA DO POVO. **Polícia investiga charlatões que prometem “unção” que cura o coronavírus**. 3 de mar. de 2020. Disponível em: <<https://horadopovo.com.br/policia-investiga-charlatoes-que-prometem-uncao-que-cura-o-coronavirus/>>. Acesso em: 12 nov. 2020.

KALUMBA, K. M. Filosofia da Sagacidade: sua metodologia, resultados e significância e futuro. Tradução para uso didático de: KALUMBA, K. M. Sage Philosophy: Its Methodology, Results, Significance and future. In: WIREDU, K. (ed.). **A companion to African Philosophy**. Malden, Oxord, Victoria: Blackwell, p. 274-281, 2004.

KARASCH, M. **Slave life in Rio de Janeiro, 1808-1850**. Princeton, N.J.: Princeton University, 1987.

KARDEC, A. **O evangelho segundo o espiritismo**. Trad. Ribeiro, Guillon. Cap. XI., 1864.

\_\_\_\_\_. **A gênese**. Tradução de Guillon Ribeiro da 5 ed. Francesa. Ed. 1. Imp. Brasília: FEB, 409 p., 2013.

KAPLAN, Abraham. A conduta na pesquisa: metodologia para as ciências do comportamento. São Paulo: Herder, 1972. KRIEGER N. **A Glossary for social epidemiology**. J. Epidemiology Community Health, n.º 55, p. 693-700, 2001.

KEANE, W. **Spirituality: what remains?**. The Immanent Frame, 2011. Disponível em: <<https://tif.ssrg.org/2011/03/15/spirituality-what-remains/>>. Acesso em: 13 mar. de 2021.

KHAYAT, M. H. **Spirituality in the Definition of Health**: the World Health Organization's point of view. Retrieved February, nº 22. 1998. Disponível em: <[http://www.medizin-ethikch/publik/spirituality\\_definition\\_health.htm](http://www.medizin-ethikch/publik/spirituality_definition_health.htm)>. Acesso em: 12 mar. de 2021.

KOENIG, H. **Medicina, religião e saúde**. O encontro da ciência e da espiritualidade. Porto Alegre: L&PM, 2012.

KOPENAWA, D.; ALBERT, B. **A queda do céu: palavras de um xamã yanomami**. Tradução Beatriz Perrone-Moisés: prefácio de Eduardo Viveiros de Castro. 1 ed. São Paulo, Companhia das Letras, 729 p., 2015.

LACAZ, C. da S. **Introdução à Geografia Médica do Brasil**. São Paulo: Ed. da Universidade de São Paulo, 1972.

LANDER, E. Ciências sociais: saberes coloniais e eurocêtricos. In: LANDER, E (org). **A colonialidade do saber**: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latinoamericanas. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: CLACSO, 2005. (Colección Sur Sur). Disponível em: <<https://edisciplinas>.

usp.br/pluginfile.php/2591382/mod\_resource/content/1/colonialidade\_do\_saber\_eurocentrismo\_ciencias\_sociais.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2019.

LEWGOY, B. **Os Espíritos e as Letras: Um Estudo Antropológico sobre Cultura Escrita e Oralidade no Espiritismo Kardecista**. Tese (Doutorado em Antropologia) Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas – FFLCH. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

LEONARDO, G. dos S. **O Índio Brasileiro: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje**. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade; LACED/Museu Nacional, 2006. Disponível em: <[http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/pdf/indio\\_brasileiro.pdf](http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/pdf/indio_brasileiro.pdf)>. Acesso em: 15 jun. 2019.

LÉVI-STRAUSS, C. **Antropologia Estrutural**. Tradução de Beatriz Perrone-Moisés. São Paulo: Ubu Editora, 432 pp., 2017.

LE GOFF, J. **As Doenças têm História**. Lisboa: Terramar, 1997.

LIP LICHAM, C. El paradigma indiciario en la medicina. **Revista Médica Hered.** v. 12 (2), 2001.

LUZ, M. T. Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15(Suplemento):145- 176, 2005.

LUZ, M.T. et al. **I seminário do projeto racionalidades médicas**. Rio de Janeiro: IMSUERJ, 1992.

\_\_\_\_\_. Racionalidades Médicas e Terapêuticas Alternativas. Grupo de trabalho: Pessoa, Corpo e Doença, **Anais do XVIII Encontro Anual da ANPOCS**. Caxambu, Minas Gerais, 1994.

MAFFESOLI, M. **No fundo das aparências**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.

MALDONADO-TORRES, N. A Topologia do Ser e a Geopolítica do Conhecimento. Modernidade, Império e Colonialidade. In: SANTOS, B. de. S.; MENESES, M. P. **Epistemologias do Sul**. Coimbra: Almedina, 532 pp, 2009.

MASTROMAURO, G. C. Surtos epidêmicos, teoria miasmática e teoria Bacteriológica: instrumentos de intervenção nos comportamentos dos habitantes da cidade do século XIX e início do XX. **Anais do XXVI Simpósio Nacional de História** – ANPUH • São Paulo, julho, 2011.

MAUTNER, Y. A periferia como fronteira da expansão do capital. In: Deak, C. & Shiffer, S. (orgs) **O processo de urbanização no Brasil**. São Paulo: Fupam EDUSP, 1999.

MAY, J. M. Medical Geography: its methods and objectives. **Medical Geographic**. n. 40. p. 9-41, 1950.

MCKEE, M. G. Biofeedback: An overview in the context of heart-brain medicine. **Cleveland Clinic Journal of Medicine**, v. 75, 2008.

MELO, W. V. de.; BIANCHI, C. dos S. Discutindo estratégias para a construção de questionários como ferramentas de pesquisa. **Revista Brasileira de Educação**. UTFPR, v. 8, núm. 3, mai-ago, 2015.

MENDES, I. A. C. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem** v. 12 n.º 3, Ribeirão Preto, 2004.

MENDONÇA, F. de. A. Tradição e modernidade nos cuidados com a saúde humana: Desafios e potencialidade à geografia da saúde. In: GURGEL, H.; BELLE, N. (org.). **Geografia e saúde: teoria e método na atualidade**. Brasília: Universidade de Brasília, p. 117-139, 2019.

MENEZES, B. S. Diversidade Epistemológica e Colonialidade do Poder: A Prática da Medicina Ayurvédica frente a hegemonia da Biomedicina. **Revista Scientiarum História** VII, 2015.

MICHELI, A. de. En torno a la evolución de los hospitales. *Revista Gac Médica México*, v.141, n.º 1, 2005.

MORAES, M. R. C. **Autocuidado e gestão de si: hábitos saudáveis na mídia impressa semanal**. Tese de Doutorado (Sociologia). Programa de Pós-graduação em Sociologia. Departamento de Sociologia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, 2014.

MORAIS, R. H. de. S. G. de. **A geografia médica e as expedições francesas para o Brasil: uma descrição da estação naval do Brasil e da Prata (1868-1870)**. *Revista História, Ciências e Saúde de Manguinhos* vol.14 n.º 1, Rio de Janeiro Jan./Mar. 2007.

NIJHOFF, M. **Edmund Husserl – A ideia da Fenomenologia**. Textos Filosóficos. Lisboa, 2012.

NOSSA, P. N. S. **Geografia da Saúde: o Caso da Sida**. Oeiras. Celta Editora, 2001.

NUNES, E. D. As Ciências Sociais Em Saúde: Reflexões Sobre As Origens e a Construção De Um Campo De Conhecimento. **Revista Saúde e Sociedade**. v., n.1 São Paulo, 1992.

ODUARDO, O. A.; GUTIERREZ, M. T. M.; DOVAL, R. H. **Uso de Ventosas como Método Terapéutico en el Tratamiento de la Sacrolumbalgia**. Universidad de Ciencias Médicas. Santiago de Cuba, s. ano. Disponível em: <[http://www.16deabril.sld.cu/rev/244/uso\\_ventosa.html](http://www.16deabril.sld.cu/rev/244/uso_ventosa.html)>. Acesso em: 12 fev. 2021.

OGUAMANAM, C. Patents and Traditional Medicine: Digital Capture, Creative Legal Interventions and the Dialectics of Knowledge Transformation. **Indiana Journal of Global Legal Studies**: Vol. 15: Iss. 2, Article 3, 2008.



OLIVEIRA, A. **Geografya de la salud**. Madrid: Síntesis, 1993.

ORUKA, H. O. **Sage Philosophy: Indigenous Thinkers and Modern Debate on African Philosophy**. Philosophy of History and Culture, v. 4, 1990.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica** [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 356 p. 2008.

PAULA, L. de. A alma como problema público: espiritualidade e saúde no contexto dos EUA. **Religião e Sociedade**, Rio de Janeiro, v. 40, n.º 3, p. 95-119, 2020.

PEITER, P. C. **A Geografia da Saúde na Faixa de Fronteira Continental do Brasil na Passagem do Milênio**. Tese (Doutorado em Geografia), UFRJ, Brasil, 2007.

\_\_\_\_\_. **Avanços teóricos e metodológicos nas relações entre geografia e saúde**. In: Geografia e Saúde: Teoria e Método na Atualidade. Brasília: Universidade de Brasília, p. 73-80, 2019.

PEREIRA, A. C. dos. S.; CUNHA, M. das G. C. Medicina popular e saberes tradicionais sobre as propriedades medicinais da flora cerradeira. **Revista Hygeia**, 11 (21): 126-137, 2015.

PETERSEN, A. Risk, governance and the new public health. In: PETERSEN, A. & BUNTON, R. (Eds.) **Foucault, Health and Medicine**. Londres/Nova Iorque: Routledge, 1997.

PICKENHAYN, J. A. La geografía de la salud y el aporte de Foucault. **Revista Hygeia**, 3(6):204 – 203, 2008.

\_\_\_\_\_. **A Geografia da Saúde na sua maior encruzilhada**. In: Geografia e Saúde: Teoria e Método na Atualidade. Brasília: Universidade de Brasília, p. 111-116, 2019.

PIERUCCI, A. F. Secularização em Max Weber: Da contemporânea serventia de voltarmos a acessar aquele velho sentido. **Revista Brasileira de Ciências Sociais** [online]. vol.13, n.º 37, pp. 43-73, 1998.

PIMENTA, T. S. Entre Sangradores E Doutores: Práticas E Formação Médica Na Primeira Metade Do Século XIX. **Revista Cad. Cedes**, Campinas, v. 23, n.º 59, p. 91-102, 2003.

POPPER, Karl R. **The logic of scientific discovery**. Londres: Hutchinson, 1972.

QUEIROZ, M. de. S. O paradigma mecanicista da medicina ocidental moderna: uma perspectiva antropológica. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, 20, 309-317, 1986.

QUIJANO, A. Colonialidade do poder, Eurocentrismo e América Latina. In: **A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais**. Perspectivas

latino-americanas. CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Buenos Aires, 2005.

RAMOSE, M. B. Globalização e Ubuntu. In: SANTOS, B. de. S.; MENESES, M. P. **Epistemologias do Sul**. Coimbra: Almedina, 532 pp. 2009.

REVISTA ABRIL. **Chackras**. Disponível em: <<https://super.abril.com.br/mundo-estranho/o-que-sao-chakras/>>. Acesso em: 10 jul. 2019.

REVISTA ESPÍRITA. **A Sociedade Parisiense de Estudos Espíritas**. Paris, 1858. Disponível em: <<https://www.luzespirita.org.br/index.php?lisPage=enciclopedia&item=Sociedade%20Parisiense%20de%20Estudos%20Esp%C3%ADritas#ref>>. Acesso em: 12 mar. 2021.

\_\_\_\_\_. **Crônica de Paris**. 23 de setembro de 1863. Extraído do Jornal do Comércio do Rio de Janeiro. Jornal de estudos psicológicos, julho, Rio de Janeiro, 1864. Disponível em: <<https://kardecopedia.com/roteiro-de-estudos/898/revista-espirita-jornal-de-estudos-psicologicos-1864/5629/julho/extraido-do-jornal-do-comercio-do-rio-de-janeiro>>. Acesso em: 12 mar. 2021.

REVISTA FEBIANA. **Fenômenos Mediúnicos, Metapsíquicos e Parapsicológicos**. 1858. Disponível em: <<https://www.febnet.org.br/blog/geral/colunistas/fenomenos-mediunicos-metapsiquicos-e-parapsicologicos/>>. Acesso em: 23 ago. 2019.

RICHET, C. **Traité de Metapsychique**. Paris Librairie Felix Alcan, Boulevard Saint-Germain, 1922.

RODRIGUES, C. D. S.; WITT, R. R. Funções Essenciais de Saúde Pública no Currículo de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **Revista Escola Enfermagem, USP**, São Paulo, 84-91 p., 2010.

RODRIGUES, N. **Complexo de vira-latas: À sombra das chuteiras imortais: crônicas de futebol**. São Paulo, Cia. das Letras, 61-63, 1993.

ROJAS, L. I. Geografía y salud. Temas y perspectivas en América Latina. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n., p. 701-711, 1998.

\_\_\_\_\_. Geografia y Salud. Entre historias, realidades y utopías. **Caderno Prudentino de Geografia**, 25: 07- 28, 2003.

ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e Saúde**. 4 ed., Rio de Janeiro: MEDSI, 1993.

ROSE, N. **The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century**. Princeton University Press, Princeton and Oxford. Information Series, Princeton, New Jersey, 386p. 2007.

SALGADO, M. I. Saúde e espiritualidade. **Boletim Opinião**. UFMG, n.º 1551, ano 32, 2006. Disponível em:

<<https://www.ufmg.br/boletim/bol1551/segunda.shtml>>. Acesso em: 13 mar. 2021.

SANTANA, P. **Introdução à geografia da saúde território, saúde e bem-estar**. Coimbra: [s.n.]. 192 p. 2004.

\_\_\_\_\_. **Saúde Território e Sociedade contributos para uma Geografia da Saúde**. Coleção: Textos pedagógicos e Didáticos. Coimbra–Portugal, 187 p, 2005.

SANTOS, B. de. S. **Reconhecer para libertar: os caminhos do cosmopolitismo multicultural**. São Paulo, Editora Cortez, 2003.

SANTOS, B. de. S.; MENESES, M. P. **Epistemologias do Sul**. Coimbra: Almedina, 532 pp, 2009.

SANTOS, F. de. O. Geografia médica ou Geografia da saúde? Uma reflexão. **Revista Caderno Prudentino de Geografia**, n.º 32, vol.1, p.41-51, jan/jun. 2010.

SANTOS, M. **A natureza do espaço**. Técnica e Tempo, Razão e Emoção. 4. ed. 2. reimpr. Editora da Universidade de São Paulo, Edusp: São Paulo, 2006.

\_\_\_\_\_. **O Espaço Dividido: Os Dois Circuitos da Economia Urbana dos Países Subdesenvolvidos**. 2 ed. 2.ª reimpr. Editora da Universidade de São Paulo. Edusp: São Paulo, 2018.

SANTOS FILHO, L. **História geral da medicina brasileira**. São Paulo: Hucitec; EDUSP, 1977.

SARACENI, R. **Os Decanos: Os fundadores, mestres e pioneiros da Umbanda**. Editora Madras, 1 ed. 240 p., 2000.

SÉBASTIA, B. **Restoring mental health in India**. Pluralistic therapies and concepts. New Delhi: Oxford University Press, 2009.

SCHRÖDINGER, E. **O que é vida?** São Paulo: Editora UNESP, 1997.

SILVA, M. B. N. **Vida privada e quotidiana no Brasil na época de D. Maria e D. João VI**. Lisboa: Estampa, 1993.

SLENES, R. **Malungu, ngoma vem: África coberta e descoberta no Brasil**. Revista USP, São Paulo, n.º 12, p. 48-67, 1991-92.

SOTO, W. H. G. Subúrbio, periferia e vida cotidiana. **Revista Estudos Sociedade e Agricultura**. vol. 16, n.º 1, 109-131, Rio de Janeiro, 2008.

SPIVAK, G. C. Chakravorty. **Crítica de la razón pós-colonial: hacia una historia del presente evanescente**. Madrid: Akal, 2015. p. 76-117.

STARR, P. **The Social Transformation of American Medicine**. New York, Basic Books Inc, 1982.

STERN, F. L. **Cosmologia xamânica**: A ressignificação do xamanismo na naturologia brasileira. Tese (Doutorado em Ciência da Religião). Programa de Ciência da Religião, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. 2019.

STOLL, S. J. O espiritismo na encruzilhada: mediunidade com fins lucrativos? **Revista USP**, São Paulo, n.º 67, p. 176-185, 2005.

SULMASY, D. P. **The Rebirth of the Clinic: An Introduction to Spirituality in Health Care**. Washington, DC: Georgetown. University Press, 2006.

TAVARES, M. Epistemologias do Sul, Recensão. **Revista Lusófona de Educação**, p. 183-189, 2009.

TAVARES, F. **Alquimistas da Cura**: a rede terapêutica alternativa em contextos urbanos. Salvador: UFBA, 224 p., 2012.

TEIXEIRA, M. Z. Homeopatia: ciência, filosofia e arte de curar. **Revista de Medicina**, 85(2), 30-43, 2006.

TONIOL, R. Energia, Holismo e Mística: A Rede Terapêutica Alternativa no Rio de Janeiro. **Revista Religião e Sociedade**, Rio de Janeiro, 32(2): 193-208, 2012.

\_\_\_\_\_. **Do espírito na saúde**. Oferta e uso de terapias alternativas/complementares nos serviços de saúde pública no Brasil. Tese (Doutorado) - PPGAS/UFRGS. 2015.

\_\_\_\_\_. Cortina de fumaça: terapias alternativas/ complementares além da Nova Era. Smokescreen: alternative / complementary therapies beyond the New Age. **Revista REVER**, ano 16, n.º 02, 2016.

\_\_\_\_\_. O que faz a espiritualidade? **Revista Religião e Sociedade**, Rio de Janeiro, 37(2): 144-175, 2017.

\_\_\_\_\_. Atas do espírito: a Organização Mundial da Saúde e suas formas de instituir a espiritualidade. **Anuário Antropológico** [Online]. 2017. Disponível em: <<https://journals.openedition.org/aa/2330>>. Acesso em: 11 set. 2019.

TORRES, C. H. D. A. e CZERESNIA, D. A institucionalização da epidemiologia como disciplina na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro. **Revista História, Ciências, Saúde**. Manguinhos, vol. 10(2):525-48, maio-ago. 2003.

TUCHERMAN, I. Biopolítica, mídia e autoajuda: segredo ou sintoma? **Revista Galáxia**, n. 20, pp. 32-43, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2010.

VAN DER VEER, P. **Imperial encounters: religion and modernity in India and Britain**. Princeton University Press, 2001.

VEIGA-NETO, Alfredo. **Foucault & a educação**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2003.

VON MERING, O.; KASDAN, L. **Anthropology and the Behavioral and Health Sciences**. 1ª ed. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press, 1970.

WEBER, M. Classe, Status e Partido. In: VELHO, G. O. (org). **Estrutura de Classes e Estratificação Social**. Rio de Janeiro: Zahar, 1973.

\_\_\_\_\_. **La ética económica de las religiones universales**. Universidade de Coimbra, 1987.

\_\_\_\_\_. **Ensayos sobre sociología de la religion**. Madrid: Taurus Humanidades, Ediciones elaleph, 1999.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Conference on Primary Health Care** (1978: Alma Ata, URSS). Report of the International Conference on Primary Health Care jointly sponsored by the World Health Organization and the United Nations Organization and United Nations Childrens Fund, Geneva], WHO, 1978.

\_\_\_\_\_. **37.ª Assembleia Mundial da Saúde**. 15 de maio de 1984. Arquivos OMS.

\_\_\_\_\_. **General guidelines for methodologies on research and evaluation of traditional medicine**. Geneva: WHO Publications, 2000.

\_\_\_\_\_. **Traditional Medicine Strategy 2002-2005**. Geneve, 2002.

\_\_\_\_\_. **Medicina tradicional: Necesidades crecientes y potencial**. Perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos, n.º 02, Mayo de 2002. Disponível em: <<http://archives.who.int/tbs/trm/s2295s.pdf>>. Acesso em: 5 jan. 2021.

\_\_\_\_\_. **Traditional Medicine Strategy 2014-2023**. Geneve, 2013.

\_\_\_\_\_. **Global Report on Traditional and Complementary Medicine 2019**. Geneva: World Health Organization; 2019.

ZEVALLOS, J. Q. Hipnoterapia Ericksoniana. **Revista Temática de Psicologia**. 7(1), 2011.

ZWEIG, S. **A cura pelo espírito**. Lisboa: Livraria Civilização, 1956.



## APÊNDICES

### APÊNDICE 1

TESES E DISSERTAÇÕES, SEGUNDO O OBJETO DE ESTUDO E CLASSIFICAÇÃO ENTRE GEOGRAFIA MÉDICA E GEOGRAFIA DA SAÚDE (2009 E 2019).

Universidades/Cursos	Nº de Dissertações (Geo. da Saúde)	Nº de Teses (Geo. da Saúde)	Nº de Dissertações (Geo. Médica)	Nº de Teses (Geo. Médica)	Total de Trabalhos por Curso Strictu Senso
FIOCRUZ – Biologia C.Mol.	-	1	-	-	1
FIOCRUZ - Ensino de Bioc. e Saúde	-	1	-	-	-
PUC/MG – Geografia	-	1	-	-	1
PUC/MG – Trat. Inf. Espac.	2	1	-	-	3
FUVATES – Ambiente e Desenvol.	1	-	-	-	-
UECE - Geografia	1	-	-	-	1
UEL – Geografia	10	3	1	1	10
UEM - Geografia	3	3	-	-	6
Unimontes - Geografia	1	-	-	-	1
UERJ – Geografia	1	1	-	1	1
UFAM - Geografia	3	-	-	-	3
UFBA – Ciências da Saúde	-	-	-	1	1
UFBA – Saúde e Desenvolvimento	-	-	-	1	1
UFC - Geografia	4	-	-	-	4
UFES - Geografia	3	-	-	-	3
UFF - Geografia	1	-	1	-	2
UFG – Geografia	3	-	-	-	3
UFGD - Geografia	3	-	-	-	3
UFMA - Geografia	4	-	-	-	4
UFMA - Saúde e Ambiente	2	-	-	-	-
UFMS - Saúde e Des. Região Centro-Oeste	1	-	-	1	-
UFMS - Geografia	1	-	-	-	1
UFMT - Geografia	-	-	1	-	1
UFPE - Geografia	1	-	-	-	1
UFPI - Geografia	1	-	-	-	1
UFPR – Geografia	4	2	-	-	5
UFRGS – Geociências	1	-	-	-	1
UFRGS – Geografia	1	-	-	-	-
UFRRJ - Geografia	1	-	-	-	1
UFRN - História	-	-	2	-	2
UFRN - Odontologia	-	-	1	-	1
UFRN - Nutrição	-	-	1	-	1
UFSC - Geografia	-	1	-	-	1
UFU – Geografia	1	-	5	-	4
UNESP/PP – Geografia	5	3	-	-	8
UNESP/RC – Geografia	2	-	1	2	3
UNESP/JB	-	-	1	-	-
UNICAMP – Geografia	2	2	-	-	2
UNICAMP – Saúde Coletiva	2	-	-	-	2
USP – Geografia Física	1	1	-	-	2
USP – Saúde Pública	-	1	-	-	1
FUMEC - Sis. de Inf. e Gestão do Conhecimento	1	-	-	-	1
UVRD - Gest. Integ. Território	1	-	-	-	1
UNICENTRO - Geografia	1	-	-	-	1
UNIOESTE - Geografia	1	-	-	-	1
UnB - Geografia	2	-	-	-	-
Univale - Gestão Integrada do Território	1	-	-	-	-
FURG - Geografia	1	-	-	-	1
<b>TOTAL</b>	<b>74</b>	<b>21</b>	<b>14</b>	<b>7</b>	<b>116</b>

FONTE: Pesquisa direta ao banco de Teses e Dissertações da CAPES, 2021. Disponível em: <http://capesdw.capes.gov.br/capesdw/>. Baseado na organização de Dutra (2011). Acesso em fev.2021.

## APÊNDICE 2

### TESES E DISSERTAÇÕES, SEGUNDO O OBJETO DE ESTUDO “MEDICINA ALTERNATIVA”, ENTRE 1987 E 2018.

Universidades/Cursos	Nº de Dissertações (Med. Alternativa) (1987 - 2018)	Nº de Teses (Med. Alternativa) (2000-2018)	Total de Trabalhos por Curso Strictu Sensu
UFMG - Ciências Farmacêuticas	1	-	1
UFMG - Sociologia	1	-	1
UERJ - Saúde Coletiva	2	2	4
USP - Ciências Biológicas	1	-	1
USP - Medicina Preventiva	-	1	1
USP - Medicina	1	-	1
USP - Saúde Pública	-	1	1
USP - Enfermagem	1	-	1
FIOCRUZ/MG - Saúde Coletiva	-	1	1
FIOCRUZ - Saúde Pública	2	-	2
UFS - Administração	1	-	1
UnB - Política Social	1	-	1
UnB - Ciências da Saúde	2	-	2
PUC/GO - Ciências Amb. E Saúde	1	-	1
PUC/SP - Psicologia Social	1	-	1
PUC/SP - Comunicação Social	1	-	1
PUC/SP - História da Ciência	1	-	1
PUC/SP - Ciências da Religião	1	-	1
PUC/PR - Filosofia	1	-	1
UNIOESTE - Desenv. Comunitário	1	-	1
UFBA - História	1	-	1
UFBA - Medicina	1	-	1
UFBA - Ciências Sociais	-	1	1
UFBA - Ecolog. Humana e Gest. Socioambiental	1	-	1
UFSCAR - Ciências Sociais	1	-	1
UNICRUZ - Atenção Int. Saúde	1	-	1
UFPB - Neurociência	1	-	1
UTFPR - Tecnologia	1	-	1
UFRJ - Psicosociologia	1	-	1
UNIGAMA - Sexologia	1	-	1
UMESP - Comunicação Social	1	-	1
UNICAMP - Saúde Coletiva	1	2	3
UNIVELHA - Ciência Animal	1	-	1
UEPA - Ciências da Religião	1	-	1
UFMT - Educação	1	-	1
UFCG - Sistema Agrosilvipastoris	1	-	1
URCA - Enfermagem	1	-	1
UFSC - Antropologia Social	-	1	1
UFMA - Ciências Sociais	-	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>10</b>	<b>46</b>

FONTE: Pesquisa direta ao banco de Teses e Dissertações da CAPES, 2019. Disponível em: <http://capesdw.capes.gov.br/capesdw/>. Baseado na organização de Dutra (2011). Org.: DIAS, M. A. (2021). Acesso em fev. 2021.

### APÊNDICE 3

TESES E DISSERTAÇÕES, SEGUNDO O OBJETO DE ESTUDO “MEDICINA ALTERNATIVA”, ENTRE 1987-2018 até 2019.

<b>Universidades/Cursos</b>	<b>N.º de Dissertações (Med. Alternativa) (1987/2018 - 2019)</b>	<b>N.º de Teses (Med. Alternativa) (2000/2018- 2019)</b>	<b>Total de Trabalhos por Curso <i>Strictu Senso</i></b>
FIOCRUZ - Saúde Pública	2	-	2
FIOCRUZ/CE - Saúde da Família	1	-	1
FIOCRUZ/MG - Saúde Coletiva	-	1	1
FSCMP - Gestão e Saúde na Amazônia	1	-	1
FURG - Educação em Ciências Química da Saúde e da Vida	1	-	1
FURG - Saúde Pública	1	-	1
PUC/GO - Ciências Ambientais e Saúde	1	-	1
PUC/GO - História	1	-	1
PUC/PR - Filosofia	1	-	1
PUC/SP - Ciências da Religião	1	1	2
PUC/SP - Comunicação Social	1	-	1
PUC/SP - Direito	-	1	1
PUC/SP - História da Ciência	1	-	1
PUC/SP - Psicologia Social	1	-	1
UCP - Psicologia	1	-	1
UDESC - Ciências do Des. Humano	1	1	2
UEA – Biotecnologia e Recursos Naturais da Amazônia	1	-	1
UECE - Biotecnologia em Saúde Humana e Animal	1	-	1
UEM - Ciências Farmacêuticas	1	-	1
UEPB - Odontologia	-	1	1
UEPA - Ciências da Religião	1	-	1
UERJ - Psicologia Social	-	1	1
UERJ - Saúde Coletiva	2	2	4
UESC - Ciências da Saúde	1	-	1
UFAL - Ciência Animal	1	-	1
UFAL – Ciências Farmacêuticas	1	-	1
UFAM - Ciências Ambientais	1	-	1
UFAM - Imunologia Básica e Aplicada	1	-	1
UFBA - Estudos Interdisciplinares	1	-	1
UFBA - Ciências Sociais	-	1	1
UFBA - Ecologia Hum. e Gestão Socioambiental	1	-	1

UFBA - História	1	-	1
UFBA - Medicina	1	-	1
UFBA - Saúde Coletiva	1	-	1
UFMG - História	1	-	1
IPA - Biociências e Reabilitação	1	-	1
UFMG - Sistema Agrossilvipastoril	1	-	1
UFES - Biologia Vegetal	-	1	1
UFES - Saúde Coletiva	1	-	1
UFF - Saúde Coletiva	2	-	2
UFG - Assistência e Avaliação em Saúde	1	-	1
UFG - Ciências da Saúde	-	1	1
UFMA - Ciências Sociais	-	1	1
UFMG - Ciências Farmacêuticas	1	-	1
UFMG - Educação	1	-	1
UFMG - Sociologia	1	-	1
UFMS - Biologia Vegetal	1	-	1
UFMS - Educação	-	1	1
UFMS - Doenças Infecciosas e Parasitárias	1	-	1
UFMT - Educação	1	-	1
UFPA - Ciências Farmacêuticas	1	-	1
UFPA - Biodiversidade e Biotecnologia	-	1	1
UFPA - Biotecnologia	-	1	1
UFPA - Des. Sustentável do Trópico Úmido	-	1	1
UFPA - Inovação Farmacêutica	-	1	1
UFPA - Sociologia e Antropologia	1	-	1
UFPB - Desenvolvimento e Meio Ambiente	1	-	1
UFPB - Ciências da Nutrição	-	1	1
UFPB - Sociologia	-	1	1
UFPB - Neurociência	1	-	1
UFPE - Ciências da Saúde	1	-	1
UFPEL - Sociologia	1	-	1
UFPEL - Veterinária	1	-	1
UFOP - Educação	1	-	1
UFPR - Engenharia de Bioprocessos e Biotecnologia	-	1	1
UFPR - Geografia	1	-	1
UFRGS - Psiquiatria e Ciência do Comportamento	1	-	1
UFRGS - Ciên. do Mov. Humano	-	1	1
UFRGS - Medicina: Ciências Médicas	-	1	1

UFMS - Distúrbios da Com. Humana	-	1	1
UFRJ - Psicossociologia	1	-	1
UFRN - Saúde Coletiva		1	1
UFRN - Ciências Farmacêuticas	1	-	1
UFS - Administração	1	-	1
UFS - Ciências Fisiológicas	-	1	1
UFSC - Psicologia	-	1	1
UFSC - Antropologia Social	-	1	1
UFSC - Biologia de Fungos, Algas e Plantas	1	-	1
UFSC - Biologia Celular e do Des.	-	1	1
UFSC - Farmácia	-	1	1
UFSCAR - Ciências Sociais	1	-	1
UFSCAR - Ciência, Tecnologia e Sociedade	-	1	1
UFTM - Psicologia	1	-	1
UFTO - Química	1	-	1
UFU - Genética e Bioquímica	1	-	1
UFV - Extensão Rural	1	-	1
UMESP - Comunicação Social	1	-	1
UnB - Ciências da Saúde	2	-	2
UnB - Saúde Coletiva	-	1	1
UnB - Estudos Comp. Sobre as Américas	-	1	1
UnB - Bioética	-	1	1
UnB - Política Social	1	-	1
UNICID - Fisioterapia	-	1	1
UNICAMP - Ciências Médicas	-	1	1
UNICAMP - Oncologia	1	-	1
UNICAMP - Biologia Celular e Estrutural	-	1	1
UNICAMP - Saúde Coletiva	1	2	3
UNICRUZ - Atenção Int. Saúde	1	-	1
UNIGAMA - Sexologia	1	-	1
UNIOESTE – Des. Comunitário	1	-	1
UNIR - Geografia	-	1	1
UNIT - Sociedade, Tecnologia e Pol. Públicas	1	-	1
UNIFOR - Ciências Médicas	1	-	1
UNIVASF - Biociências	1		1
UNIVELHA - Ciência Animal	1	-	1
UPF - Bioexperimentação	1	-	1
UPR - Letras	-	1	1
URCA - Diversidade Biológica e Recursos Naturais	2	-	2



URCA - Enfermagem	1	-	1
(conclusão)			
USP - Ciências Biológicas	1	-	1
USP - Enfermagem	1	1	2
USP - Enfermagem Fundamental	-	1	1
USP - Medicina	1	-	1
USP - Medicina Preventiva	-	1	1
USP - Saúde Coletiva	-	1	1
USP - Ciências da Reabilitação	1	1	2
USP - Psiquiatria e Psicologia Médica	-	1	1
USP - Saúde Global e Sustentabilidade	-	1	1
USP - Saúde Pública	-	2	2
UNISINOS - Saúde Coletiva	-	1	1
FCMSCSP - Ciências da Saúde	-	1	1
UTFPR - Tecnologia	1	-	1
<b>TOTAL</b>	<b>85</b>	<b>51</b>	<b>136</b>

FONTE: Pesquisa direta ao banco de Teses e Dissertações da CAPES, 2019. Disponível em: <http://capesdw.capes.gov.br/capesdw/>. Baseado na organização de Dutra (2011). Org.: DIAS, M. A. (2021). Acesso em fev. 2021.

## APÊNDICE 4

### TRANSCRIÇÃO DAS CONVERSAS NOS CENTROS ESPÍRITAS

SBEE - “É uma Doutrina que possui a união da ciência, da filosofia e da religião. A ciência busca a verdade, a filosofia questiona o ser, o conhecimento e o agir e a religião é a força moral de Jesus e identidade indestrutível. É uma religião cristã porque opera por 5 princípios (Deus, Jesus, Livre-arbítrio, Encarnatório e Comunicação). O primeiro, que é Deus, é o fundamento e criador de todos os universos, que não é transcendente, é imanente a nós, é a fonte da vida. Onde eu o encontro? No processo de autoconhecimento. Quando me conheço, me fortaleço, me sustento e gero a minha hermenêutica. O segundo princípio, que é Jesus, traz a moral cristã colocada no Evangelho. Por meio da interpretação que segue o desenvolvimento intelectual do ser; O terceiro princípio é o do Livre-arbítrio que é uma potencialidade de fazer escolhas com responsabilidade por elas. É mais que liberdade porque é com responsabilidade. Eu sou como minhas escolhas que me autodeterminam ao caminhar para o processo evolutivo. Espíritos vêm aqui pois são diferentes no magnetismo e eles precisam do corpo humano como instrumento. E esse uso para o homem é benéfico, pois é a caminhada para o processo evolutivo. O quarto princípio é o Encarnatório, que não é castigo, dívidas e tudo mais, é uma oportunidade de aprender, por limitações da matéria os desafios fortalecem. Aí o quinto princípio é a comunicação que é polissistema material e polissistema espiritual. Temos faculdades mediúnicas, alguns fazem exercícios desta potencialidade. Sintonia entre médiuns e espíritos conforme evolução (persistência, força, estudo, etc.). Os espíritos se comunicam através de psicofonias, psicografias, psicopictografias, psicomúsicas. Allan Kardec codificou as mensagens dos espíritos, mas o mediunismo existe muito antes, consideramos 3 momentos: Moisés – que traz a primeira ideia de Deus (único), contrato com a humanidade e castigos, a mentalidade humana compreendia isso. Aí em um segundo momento chega Cristo que mostra a ausência de castigo e seus princípios são seguidos, onde todos somos iguais perante o pai. Até hoje se decodifica os escritos. E o terceiro momento, que fecha o ciclo, é o momento dos espíritos que esclarecem e decodificam intensamente, porque

nenhum de nós alcança a essência da verdade, só se aproxima. Os espíritos jamais rompem o livre-arbítrio, eles sabem da importância do individual. O processo educativo espírita é forte, usam-se ferramentas educativas, não se dá por títulos e sim pelo espírito. Espírito é ator e portador de cultura, inteligência, sentimentos, memória é espiritual, raciocínio, intuição é espiritual, faz decisões para a sua vida. Inclui para o processo de saúde o equilíbrio. Indivíduos fotovoltáicos? Então come-se folhas verdes, alimentação voltaica do Sol, energia limpa que é. Potencialidade de alimentar a minha vida, a saúde se prejudica com o desequilíbrio. Complexidade onde não há certezas da vida e a melhor possibilidade de escolhas somente pelo processo educativo espírita. A SBEE deseja em sua trajetória eliminar do espiritismo 4 ferramentas (misticismo, esoterismo, dogmatismo e sacralismo). A física quântica já diz que não é mais possível pensar linearmente, acontece uma quebra de paradigma, Morin e outros dizem que a autopoiese não é mais. A auto-organização para que o ser promova esse processo. Não é o material que influencia o corpo físico, mas o espírito educado. O processo educativo espírita considera cultura e natureza, a primeira é humana e a segunda não é humana. Se eu tenho essas duas eu tenho qualidade de vida. As substâncias alopatícas desencadeiam níveis de energia, já as homeopáticas oferecem energias para o reequilíbrio. A crença está no remédio, na prece que é instrumento de cura e conexão minha com Deus (REPRESENTANTE SBEE, 2019, informação verbal)".

CEIC - "A constituição da casa aconteceu há muito tempo, e as principais são percebidas há pelo menos 10 anos, com a estruturação de grupos de estudos e infraestrutura, necessárias pela grande demanda. As pessoas no início se aproximavam do centro espírita pela curiosidade nos fenômenos, nas crenças e na busca do entendimento e razões das situações da vida. Na doutrina deve-se seguir o caminho do conhecimento e assim receber o progresso. Apesar dos fenômenos, não se deve apegar somente a isso. A doença vem do espírito e isso é importante compreender; direcionamentos sobre os motivos das doenças. Falta estudo, falta orientação na sociedade. Existe apenas uma codificação espírita, que é a de Allan Kardec, a verdadeira doutrina é só uma e as práticas para a saúde também só podem ser as que foram ensinadas pelo espírita, quem opera de forma diferente não pode ser vinculado ao espiritismo kardecista, e sabe-se da existência desses grupos, mas esses não são vinculados à federação. Aqui nós seguimos essa única doutrina. Para a saúde, direcionamos e trabalhamos com o auxílio dos espíritos, com o Evangelho no Lar (1 dia predeterminado, oração e leitura e recomendações dos espíritos, assim acontece o auxílio na psicofera do lar, cerca de 20 a 30 minutos), o passe (imposição de mãos, transmissão de energias pelo passista/trabalhador do passe que direciona para o chakra coronário), água fluidificada (pedidos específicos) e as palestras (orientações e dizeres assistidos pelos espíritos). No CEIC acontece um período de reclusão de todos os trabalhadores, período do carnaval, de aproximadamente 3 dias para estudos e reflexão. (REPRESENTANTE CEIC, 2020, informação verbal)".

## APÊNDICE 5

### TERMO DE CONSENTIMENTO



#### TERMO DE CONSENTIMENTO E CIÊNCIA DA PESQUISA

A pesquisa de doutorado intitulada "ALTERNATIVIDADES NAS PRÁTICAS E CUIDADOS COM A SAÚDE HUMANA: CONCEPÇÕES E DIMENSÃO SOCIOESPACIAL DA ESPIRITUALIDADE TERAPÊUTICA NO AGLOMERADO URBANO DE CURITIBA/PR" pertence a doutoranda do curso de Pós Graduação em Geografia (PPGGEO) da Universidade Federal do Paraná (UFPR), Mariana Andreotti Dias. A pesquisa tem caráter investigativo acerca dos Centros Espíritas, sendo então necessárias conversas informais com os representantes desses locais. Para isso, expõe-se que as conversas serão registradas por anotações, sem o uso de gravadores e sem a necessidade da identificação do representante. As informações relatadas serão objeto de análise dentro do estudo, servindo apenas para este fim.

Org.: DIAS, M. A. (2019).

APÊNDICE 6  
DESCRITORES ÁREA DE ESTUDO E SETORES CENSITÁRIOS

Nº SETOR CENSITÁRIO	MUNICÍPIO	BAIRRO	URBANA/RURAL	CENTRO ESPÍRITA				POP. TOTAL	COR					REND A 2 SALÁRIOS	NÃO ALFAB.	SERV. SAÚDE	OBSERVAÇÕES
				NOME	FED.	N/FED.	FUND.		BRANCO	PRETO	PARDO	AMARELO	INDÍGENA				
99	ALMIRANTE TAMANDARÉ	Jd. Ipanema	URBANA	Casa do Caminho	SIM	-	1984	1.411	1.006	37	365	3	0	588	70	SIM	Sector localizado próximo à capital, faz divisa com sector censitário mais vulnerável (renda, cor, analfabetismo).
279	ARAUCÁRIA	Iguaçu	URBANA	Caminho da Fé	SIM	-	2006	1.140	954	18	165	3	0	263	18	SIM	Distante da capital, localizado no limite com sector mais vulnerável, próximo da área rural, mas com infraestruturas urbanas e centrais.
141	ARAUCÁRIA	Centro	URBANA	Não divulgado	-	NÃO	-	1.118	876	43	188	8	3	313	32	SIM	Identificado pelo Google como centro espírita, está localizado em área central, casa de madeira, terreno pequeno. Próximo de centros espíritas federados.
141	ARAUCÁRIA	Centro	URBANA	CE Caminho Verdade e Vida	-	NÃO	-	587	537	2	43	5	0	173	14	SIM	Distante da capital, localizado no limite com sector mais vulnerável, próximo da área rural, mas com infraestruturas urbanas e centrais.
300	CAMPINA GRANDE DO SUL	Jd. da Colina	URBANA	Rancho de Luz	SIM	-	2011	1.457	1.347	5	105	0	0	580	90	SIM	Distante dos limites da capital, localizado em área de elevada vulnerabilidade (renda e analfabetismo).
348	CAMPO LARGO	Centro	URBANA	CE João Ghignone	SIM	-	1943	454	400	6	48	0	0	136	5	SIM	Distante dos limites da capital, mas na área central do município, próximo de áreas vulneráveis
531	CAMPO MAGRO	Jd. Cecilia	URBANA	CARI Centro Comunitário	-	NÃO	-	726	500	13	207	0	6	309	21	SIM	Centro Comunitário ao lado de igreja pentecostal, próximo dos limites da capital e áreas mais vulneráveis.

757	COLOMBO	Atuba	URBANA	Casa de Apoio Ir. Scheilla	-	NÃO	-	493	348	11	134	0	0	174	21	SIM	Casa de apoio mantida por outro CE, tradicional, localizado no bairro Bacacheri.
759	COLOMBO	Campo Pequeno	URBANA	CE Essencial de Umbanda, Caminho de Aruanda	-	NÃO	-	584	417	22	145	0	0	231	20	SIM	Sector localizado próximo à capital, setor vulnerável (renda, cor, analfabetismo), é terreiro de matriz afro-brasileira.
582	COLOMBO	Maracanã	URBANA	CE Paulo Tarso	-	NÃO	-	1.010	594	44	359	13	0	440	63	SIM	Sector localizado próximo de área urbanizada e central, mas disto da capital. Região de vulnerabilidade
555	COLOMBO	Fátima	URBANA	CE Fonte Viva	SIM	-	1988	922	774	10	137	0	1	347	55	SIM	Localizado em setor vulnerável, em área urbanizada e próximo à capital
604	COLOMBO	Monza	URBANA	CE Messe de Amor	SIM	-	2009	1.049	580	39	415	4	11	500	70	SIM	Localizado em setor vulnerável, em área urbanizada e próximo à capital
1	CURITIBA	Centro	URBANA	CE Irmão Mateus	-	NÃO	-	533	443	10	56	24	0	116	10	SIM	Localizado em setor central, próximo aos equipamentos e serviços de saúde.
			URBANA	Grupo Esp. Clélia Rocha	SIM	-	2008	537	488	1	36	12	0	91	3		
			URBANA	FEP	SIM	-	1915	570	457	24	75	10	3	162	5		
			URBANA	Grupo Esp. Ana Franco	SIM	-	1974	416	320	11	72	6	7	142	4		
2	CURITIBA	São Francisco	URBANA	CE Luz Eterna	SIM	-	1947	556	497	2	41	8	8	110	2	SIM	
4	CURITIBA	Alto da Glória	URBANA	Soc. Esp. Missionários do Mestre	SIM	-	1961	412	388	4	16	4	0	57	3		
5	CURITIBA	Alto da Rua XV	URBANA	CE Jesus de Nazareth	SIM	-	1949	776	732	2	33	9	0	144	3		
			URBANA	CE Francisco de Assis	SIM	-	1954	690	605	19	41	23	2	138	9		
8	CURITIBA	Rebouças	URBANA	Centro Paranaense de Est. Espíritas	SIM	-	-	464	415	2	35	7	5	92	6	SIM	
				Soc. Esp. Obreiros do Senhor	SIM	-	-	356	324	4	25	3	0	81	4		





25	CURITIBA	Parolin	URBANA	CE Obreiros da Vida Eterna	-	NÃO	-	622	565	3	35	19	0	159	5
26	CURITIBA	Guaira	URBANA	Grupo da Fraternidade Es. Ir. Bezerra de Menezes	-	NÃO	-	981	753	13	201	13	1	299	15
27	CURITIBA	Portão	URBANA	CE Irmãos do Caminho	SIM	-	1998	429	263	31	132	3	0	172	25
28	CURITIBA	Vila Izabel	URBANA	União Esp. Os Caminheiros do Bem	SIM	-	1947	588	506	6	64	12	0	163	6
29	CURITIBA	Seminário	URBANA	CE Irma Lúcia	-	NÃO	-	585	525	11	32	17	0	95	9
33	CURITIBA	São Lourenço	URBANA	CE Fé, Amor e Caridade	SIM	-	1941	638	574	12	33	19	0	69	3
34	CURITIBA	Boa Vista	URBANA	CE União e Caridade	-	NÃO	-	516	478	11	17	10	0	56	4
35	CURITIBA	Bacacheri	URBANA	Casa Espírita André Luiz de Amor aos Animais	-	NÃO	-	789	703	8	50	27	1	155	12
36	CURITIBA	Bairro Alto	URBANA	Soc. Esp. Nova Aurora	-	NÃO	-	1111	947	5	131	27	1	253	4
37	CURITIBA	Uberaba	URBANA	CE Antônio de Pádua	SIM	-	1941	550	505	8	27	10	0	126	3
				Soc. Esp. Missionários da Luz	SIM	-	1949	686	629	6	43	8	0	103	3
				Casa Caminho da Luz	-	NÃO	-	641	570	19	41	8	3	127	8
				CE Estrela do Oriente	-	NÃO	-	646	512	18	94	14	8	237	19
				CE Irmã Scheilla	SIM	-	1992	1229	1002	38	178	10	1	387	39
				Alvorecer Ação Social e Educacional	-	NÃO	-	1229	1002	38	178	10	1	387	39
				Centro de Est. e Pesquisas Espíritas de Curitiba	-	NÃO	-	834	695	7	126	5	1	224	19
				Casa de Estudos Esp. Evangelho de Luz	-	NÃO	-	1155	1065	11	45	34	0	281	6
				Associação Beneficente Espírita	SIM	-	1989	695	633	7	24	31	0	74	7

Localizado em setor central, próximo aos equipamentos e serviços de saúde.

Localizado em setor central, próximo aos equipamentos e serviços de saúde.

Localizado em setor vulnerável, em área urbanizada e próximo à capital

Localizado em setor central, próximo aos equipamentos e serviços de saúde.



60	CURITIBA	São Braz	URBANA	CE Paz Amor e Caridade	SIM	-	1953	725	590	13	115	7	0	205	12	
				Centro Espírita Paz	SIM	-	2004	673	609	12	50	2	0	231	11	
				Instituto Semeando a Paz	SIM	-	2010	673	609	12	50	2	0	231	11	
				Grupo Esp. Caridade Meimei	SIM	-	1982	976	791	35	135	6	9	254	45	
				CE Chico Xavier	-	NÃO	-	429	405	4	18	2	0	60	4	
63	CURITIBA	Santa Felicidade	URBANA	CE Recanto da Prece	SIM	-	1998	630	567	8	50	5	0	177	13	Localizado em setor central, próximo aos equipamentos e serviços de saúde.
				Casa Esp. Eurípedes Barsanulfo	SIM	-	1995	547	462	3	76	6	0	206	26	
65	CURITIBA	Sítio Cercado	URBANA	CE de Caridade Ada Maia	-	NÃO	-	540	378	21	138	3	0	210	18	Localizado em setor vulnerável, em área urbanizada e próximo à capital
				Soc. Esp. Favos de Luz	SIM	-	2000	612	461	33	118	0	0	203	10	
75	CURITIBA	Cidade Industrial	URBANA	Centro Espírita Luz do Evangelho	SIM	-	1972	1104	844	27	229	4	0	426	23	
				Centro Espírita José de Alcantara	-	NÃO	-	480	339	20	116	0	5	213	30	
3289	FAZENDA RIO GRANDE	Nações	URBANA	CE Caminhando com Jesus	-	NÃO	-	726	487	35	195	5	4	301	41	Setores localizados próximos de área urbanizada e central, mas disto da capital.
3239		Eucaliptos		Casa Esp. Luz e Caridade Dom Bosco	SIM	-	2007	635	430	31	18	0	156	267	36	Região de vulnerabilidade
3384	PINHAIS	Vargem Grande	URBANA	CE Nosso Lar	SIM	-	1976	812	496	32	2	0	282	290	34	SIM
3465				CE Dr. Leocádio José Correia	-	NÃO	-	1009	760	13	4	0	232	343	32	SIM
3463	PIRAQUARA	Centro	URBANA	CE Fé, Esperança e Caridade	SIM	-	1941	892	874	4	2	3	9	213	20	SIM
3566		Carioca		CE Caminho do Evangelho	SIM	-	1984	418	335	7	12	2	62	120	7	Setores localizado próximo de área urbanizada e central, próximo aos equipamentos e serviços de saúde. mas disto da capital.
3611	SÃO JOSÉ DOS PINHAIS	Afonso Pena	URBANA	CE Recanto da Paz	-	NÃO	-	1222	934	36	23	0	229	355	31	SIM
3809		Miranguava		Casa Esp. Esperança	SIM	-	1997	1621	1098	82	37	1	403	662	145	SIM

## APÊNDICE 7

### ARQUITETURA DOS CES NÃO FEDERADOS







FONTE: Google Earth, Maps, *Streetview* (2021). Org.: DIAS, M.A. (2021).